

Aus der Psychotherapeutischen Abteilung
(Leiter: Prof. Dr. H. U. Ziolkowski)
der Psychiatrischen und Neurologischen Klinik der
Freien Universität Berlin
(Leiter: Prof. Dr. H. Selbach)

Suizidversuche bei Studenten

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von
Axel Schwarz
aus Königsberg/Preußen

1973

Digitized by the Internet Archive
in 2026

Aus der Psychotherapeutischen Abteilung
(Leiter: Prof. Dr. H. U. Ziolkowski)
der Psychiatrischen und Neurologischen Klinik der
Freien Universität Berlin
(Leiter: Prof. Dr. H. Selbach)

Suizidversuche bei Studenten

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von
Axel Schwarz
aus Königsberg/Preußen

Referent: Professor Dr. med. Ziolkowski

Korreferent: Professor Dr. med. B. Schor



Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fachbereiche der
Freien Universität Berlin

Promoviert am: 11. 5. 1973

INHALTSVERZEICHNIS

	<u>Seite</u>
I. Einleitung.	1
II. Die suizidalen Handlungen.	6
1. Die Häufigkeit von suizidalen Handlungen in Westberlin.	6
2. Die Häufigkeit von Suizidversuchen bei Studenten.	8
3. Die Häufigkeit von Suizidversuchen nach dem Kalenderjahr.	10
4. Die Häufigkeit von Suizidversuchen nach dem Lebensalter.	11
5. Die Häufigkeit von Suizidversuchen nach der Studiendauer.	12
6. Die Methoden der Suizidversuche.	14
7. Wiederholte Suizidversuche.	15
8. Katamnestisch bekannt gewordene Suizide.	16
9. Die psychiatrische Diagnose: neurotische Studenten.	17
10. Die psychiatrische Diagnose: psychotische Studenten.	18
11. Die Motivation der suizidalen Handlungen: neurotische Studenten.	19
12. Die Motivation der suizidalen Handlungen: psychotische Studenten.	22
13. Die Bedeutung des Suizidversuchs im Konfliktgeschehen: neurotische Studenten.	24
14. Die Bedeutung des Suizidversuchs im Konfliktgeschehen: psychotische Studenten.	29
15. Zur Frage der Ernsthaftigkeit der Suizidversuche.	29
16. Diskussion der Ergebnisse.	30

	<u>Seite</u>
III. Kindheit und Familie der Suizidanten.	37
1. Das Alter der Eltern der Suizidanten.	37
2. Die Größe der Familie der Suizidanten.	38
3. Die soziale Herkunft.	39
4. Exkurs: Arztkinder.	41
5. Die unvollständige Familie.	44
6. Besondere Belastungen in der Familie.	45
7. Die psychische Gesundheit der Familie.	48
8. Körperliche Krankheiten der Suizidanten während Kindheit und Jugend.	49
9. Fluchtereignisse in Kindheit und Jugend.	50
10. Die Schulzeit.	53
11. Psychologische Besonderheiten in Kindheit und Jugend.	54
12. Die psychologische Bedeutung von Ereignissen in der Kindheit.	57
13. Diskussion der Ergebnisse.	59
IV. Das Studium der Suizidanten.	68
1. Der Anteil der Ausländer.	68
2. Der Anteil der Frauen (mit Exkurs zur Frage von Selektionsfaktoren).	68
3. Der Familienstand.	72
4. Die Altersstruktur.	74
5. Der Hauptwohnsitz.	75
6. Das Studienfach. (mit Exkurs zur Frage von Selektionsfaktoren).	75
7. Der Wechsel des Studienfaches.	81
8. Der Wechsel des Studienortes.	82
9. Die Studiendauer.	82
10. Tätigkeiten vor dem Studium.	83

	<u>Seite</u>
11. Die Finanzierung des Studiums.	84
12. Die Wohnverhältnisse.	86
13. Die sozialen Beziehungen im Studium.	88
14. Die Studienleistungen.	89
15. Suizidversuche und Prüfungen.	91
16. Psychologische Gesichtspunkte: weibliche Studierende.	92
17. Psychologische Gesichtspunkte: verheiratete Studenten.	94
18. Psychologische Bedeutungen des Studierens.	95
19. Diskussion der Ergebnisse.	98
V. Zusammenfassung.	104
VI. Literaturverzeichnis.	107

I. Einleitung

Zu den Ergebnissen der neueren Suizidforschung gehört es, daß man zu realistischen Schätzungen über die Häufigkeit suizidaler Handlungen gelangt ist. STENGEL (63) vermutet, daß etwa jeder hundertste Engländer schon einmal versucht hat, Selbstmord zu begehen. Nach MINTZ haben sogar zwei bis drei Prozent der Erwachsenen schon einmal versucht, sich selber zu töten (zitiert nach DOUGLAS (13)). Wie später noch ausgeführt wird, scheinen letztere Zahlen auch für eine deutsche großstädtische Bevölkerung Gültigkeit zu besitzen. Die Problematik, die durch eine derartige Verbreitung suizidalen Verhaltens aufgeworfen wird, gewinnt an Schärfe, wenn man sich vergegenwärtigt, daß die meisten Selbstmordversuche keineswegs von alten Leuten, sondern vielmehr von im dritten und vierten Lebensjahrzehnt stehenden Menschen begangen werden (LINDEN (39)).

Ein besonderes Interesse der angelsächsischen Forschung galt den Studenten (PARRISH (48), CARPENTER (9), BRAATEN und DARLING (6), ROOK (56), SEIDEN (59), PECK und SCHRUT (49)). So hält es ATKINSON (2) für "weithin akzeptiert", daß "der Selbstmord ein besonderes Problem für den Studenten darstellt." Nach Erörterung der Möglichkeit, daß die im Vergleich zur normalen gleichaltrigen Bevölkerung erhöhten Suizidraten bei Studenten auf "Unterschiede in der Wahrscheinlichkeit der Intervention und Registrierung" zurückführbar sein könnten, wirft der genannte Autor die Frage auf, welche Auswirkungen es hat, daß Studenten, ebenso wie die Öffentlichkeit, suizidale Handlungen als Teil ihres, des studentischen Verhaltensmusters auffassen könnten. Er meint, das könnte zu einer Steigerung der studentischen Suizidrate führen. Während die in der angelsächsischen Forschung ermittelten Zahlen und entwickelten Hypothesen wegen der Unterschiede im Bildungssystem und im Altersaufbau der Studentenschaft nicht auf deutsche Verhältnisse übertragen werden können und deshalb für den direkten Vergleich auch nicht herangezogen werden sollen, kommt der von ATKINSON skizzierten Problematik eine allgemeine, aktuelle Bedeutung zu: auch die "deutsche Öffentlichkeit" ist geneigt, den

Selbstmord eines Studenten eher mit dessen Rolle als Student als mit seinen psychischen Problemen in Zusammenhang zu bringen (vgl. LUNGERSHAUSEN (40); auch für unsere Belange stellt sich die Frage nach dem Einfluß von Faktoren wie "Einstellung zum suizidalen Verhalten" und "Unterschiede bei der amtlichen Registrierung suizidaler Handlungen".

Damit wären die ersten Ziele dieser Untersuchung umrissen - es soll anhand eines klinischen Erfahrungsgutes von suizidalen Studenten eine kritische Aussage über die Häufigkeit von Suizidversuchen bei Studenten getroffen werden; der Einfluß von Selektionsfaktoren auf die Untersuchungsergebnisse soll studiert werden.

Theoretische Voraussetzungen.

Wie jede retrospektive Untersuchung mußte sich auch die vorliegende zwangsläufig an den vorhandenen Unterlagen orientieren. Diese bestehen aus Krankenakten, welche unter dem Gesichtspunkt der Erforschung individualpsychologischer Störungen mit den Begriffen der klinischen Psychopathologie unter Beachtung psychoanalytischer Gesichtspunkte geschrieben wurden. Ein bewußter sozialpsychiatrischer Ansatz war nicht vorhanden, wenn auch im Rahmen der ausführlichen Krankenakten Sozialdaten in aller Regel verzeichnet waren. Dieser Mangel machte sich vor allem bei der Darstellung der Studiensituation bemerkbar: die auswertbaren Daten hierüber werden dem komplexen Interaktionsfeld nicht gerecht.

Die Art der Unterlagen limitierte also von vornherein die Untersuchung.

Eine weitere Schwierigkeit liegt im Wesen der epidemiologischen Methodik, die keine einfachen kausalen Beziehungen (z. B. zwischen einem äußeren Merkmal und einer bestimmten psychischen Störung) beweisen kann, sondern nach PFLANZ (50) und REID (54) ein multifaktorielles beziehungsweise multikausales Geschehen voraussetzt. STROTZKA et al. (64) betont, "daß man im Zusammenhang zwischen Sozialfaktoren und psychosozialen Störungen nicht von einfacher Kausalität, sondern nur von sehr komplexen Interdependenzen im Sinne von Kreisprozessen sprechen kann."

Aus den Limitierungen des Untersuchungsmaterials einerseits und den Erfordernissen des sozialpsychiatrisch orientierten Forschungsansatzes andererseits ergibt sich als weiteres Ziel die möglichst vollständige Beschreibung der auswertbaren Daten als "Bestandsaufnahme".

Methodische Voraussetzungen.

Die Gruppe der Suizidanten.

Bei den zur Auswertung gelangten Unterlagen handelt es sich um Krankenakten von 82 Studenten, die stationär in der Neurologischen und Psychiatrischen Klinik der Freien Universität Berlin behandelt wurden, und von 35 weiteren Studenten, die zum ambulanten Patientengut der Psychotherapeutischen Studentenberatung an dieser Klinik gehörten. Damit wurden alle 117 Studenten erfaßt, die in den Jahren 1958 bis 1969 in der Klinik behandelt wurden und vorher einen oder mehrere Selbstmordversuche begangen hatten. 32 dieser Studenten litten an einer endogenen Psychose (siehe Anmerkung).

Diese suizidalen Handlungen waren meist der direkte Anlaß für die Behandlung oder Beratung, teils wurden sie erst anamnestisch bekannt.

Als Selbstmordversuch wurde eine Handlung bezeichnet, die ein Proband mit dem Wunsch beging, aus dem Leben zu scheiden - unabhängig davon, wie ernsthaft dieser Wunsch war und wie geeignet die Mittel zur Erfüllung des Wunsches zu sterben erschienen.

Die Kontrollgruppe

Zum Vergleich wurde aus den nicht-suizidalen ambulant und statio-

Anmerkung: ALBRECHT (1) fand im studentischen Patientengut der gleichen Klinik 43 psychotische Suizidanten, allerdings im Zeitraum 1956-1967. Außerdem sind in ihrem Untersuchungsgut - im Gegensatz zur vorliegenden Untersuchung - auch Studierende an Fachhochschulen sowie Patienten, die im Laufe ihrer Erkrankung ihr Studium abbrachen und später einen Suizidversuch begingen, eingeschlossen.

när in der gleichen Klinik behandelten Studenten eine Kontrollgruppe zusammengestellt. Da der direkte Vergleich der suizidalen mit allen nicht-suizidalen Studenten zu aufwendig gewesen wäre, wurde eine geschichtete Stichprobe erstellt: die Grundgesamtheit aller nicht-suizidalen studentischen Patienten wurde unterteilt nach der Diagnose (Psychose, Neurose), nach dem Geschlecht und nach der Art der vorhandenen Unterlagen, die sich von der Art der Behandlung ableitet (ambulant, stationär). Aus diesen Untergruppen oder Schichten wurde dann jeweils eine Zufallsstichprobe gezogen, die die gleiche Größe wie die betreffende Schicht der Suizidantengruppe aufwies. Daraus ergab sich die Notwendigkeit, eine disproportionale Schichtung vorzunehmen. Mittels einer derartigen geschichteten Zufallsstichprobe läßt sich für bestimmte Merkmale die Zufallsstreuung ausschalten. (Weitere Einzelheiten bei MAYNTZ et al. (41) und SACHS (58)).

Für diese Untersuchung ist das gewünschte Resultat, daß sich Suizidantengruppe und Kontrollgruppe primär durch das Merkmal "Suizidversuch" unterscheiden. Finden sich im Laufe der Untersuchung dann weitere Differenzen, so sind diese mit größerer Wahrscheinlichkeit mit dem Faktum "Suizidversuch" korreliert als bei Verwendung einer reinen Zufallsstichprobe; denn eine Verzerrung der Ergebnisse durch so wichtige Variablen wie "klinische Diagnose", "Geschlecht" und "Behandlungsart des Patienten" kann nicht erfolgen, da diese konstant gehalten wurden.

Die Sozialstatistiken der Studentenschaft.

Um weitere Vergleiche zu ermöglichen, wurden auch die vorhandenen Sozialstatistiken aus der Studentenschaft ausgewertet. Dabei wäre eine Statistik für den gesamten Untersuchungszeitraum von 1958 bis 1969 und für die gesamte Studentenschaft an den Berliner Hochschulen optimal gewesen. Sie ließ sich jedoch nur für wenige Merkmale erstellen. Im übrigen wurde versucht, diesem Optimum möglichst nahe zu kommen. Die Population, für die die gefundenen Zahlen gelten, ist jeweils vermerkt. Im übrigen wurde öfter auf die Untersuchungen von KATH (32 bis 35) zur sozialen Situation der Studentenschaft zurückgegriffen.

Sind die verwendeten Vergleichsgruppen repräsentativ? Über die im Laufe der Jahre in der Berliner Universitätsnervenklinik stationär und ambulant betreuten Studenten wurden bisher schon andere Untersuchungen veröffentlicht. Soweit sie vergleichbare Sozialdaten berücksichtigen, ergeben sich weitgehende Übereinstimmungen mit der Struktur der Kontrollgruppe. So zeigen sich im Vergleich mit den von ZIOLKO (69, 70) und GEBAUER (24) angegebenen Zahlen keine statistisch signifikanten Unterschiede im Altersaufbau und in der Geschlechtsverteilung. Auch die von GEBAUER (24) vorgenommene Aufschlüsselung nach dem Studienfach ergibt eine hinreichende Übereinstimmung mit den entsprechenden Zahlen der Kontrollgruppe. Es kann also angenommen werden, daß die durch eine geschichtete Zufallsstichprobe erstellte Kontrollgruppe für die Grundgesamtheit der im angegebenen Zeitraum von der Universitätsnervenklinik ambulant und stationär betreuten Studenten repräsentativ ist.

Vergleichszahlen aus der westdeutschen Studentenschaft haben nur bedingte Gültigkeit für die Berliner Studentenschaft. Trotzdem sollen sie zusätzlich als Orientierungshilfe herangezogen werden.

Die statistische Auswertung der Ergebnisse.

Die statistische Bearbeitung der Ergebnisse erfolgte mit dem Vierfelder-Test unter Berechnung des χ^2 -Wertes. Bei kleinen Erwartungshäufigkeiten wurde die Kontinuitätskorrektur von YATES berücksichtigt. Im allgemeinen wurde die Nullhypothese auf Signifikanz geprüft und dabei die einseitige Fragestellung bevorzugt, sofern eine begründete Annahme über die Richtung der Abweichung der beobachteten von den erwarteten Häufigkeiten gemacht werden konnte. Im einzelnen wurde in der von SACHS (58) angegebenen Weise verfahren und die von ihm wiedergegebenen Tafeln zur Berechnung der Wahrscheinlichkeitswerte benutzt.

Die vorliegende Arbeit will im Sinne der oben genannten Zielsetzungen anhand eines Spezialthemas einen Überblick über die verfügbaren Fakten zum Problemkreis "psychische Störungen bei Studenten" geben und so die für die Hochschulpsychiatrie zu fordernde interdisziplinäre Forschung (DÖRNER (12), FÜRSTENAU (23), MOELLER (44)) vorbereiten helfen.

II. Die suizidalen Handlungen.

1. Die Häufigkeit von suizidalen Handlungen in Westberlin.

Ein kurzer vergleichender Überblick über die Häufigkeit suizidaler Handlungen in der Bevölkerung sei an den Anfang gestellt, bevor wir uns dem eigentlichen Thema dieser Untersuchung zuwenden.

Seit der Einführung einer verlässlichen Statistik ist bekannt, daß die Selbstmordquote in Berlin im Vergleich zu anderen Teilen Deutschlands besonders hoch ist.

Wie aus Tabelle 1 hervorgeht, sind die im internationalen Vergleich extrem hohen Suizidraten der Westberliner Bevölkerung in den letzten Jahren auch in früheren Jahrzehnten schon erreicht worden.

Tab. 1: Die Häufigkeit von Suiziden in der Bevölkerung.

Population	Zeitraum		Suizidrate	Quelle
Gesamtbevölkerung				
	BDR	1968	20,4	Stat. Jhbch.
"	Berlin	1905	34,9	HARMSEN (29)
"	"	1920-1930	z.T. 45	"
"	"	1951-1956	35,7	Berliner Statistik
"	"	1961-1966	44,2	"
20-30jährige	"	1951-1956	26,0	"
"	"	1961-1966	34,8	"
18-30jährige	NRW	1958-1964	13,6	LUNGERSHAUSEN (40)
Studenten	"	1958-1964	23,9	"
Studenten	Berlin	1958-1969	29	WASMUND (67)

Sowohl die absolute Höhe als auch der in jüngster Zeit zu verzeichnende Anstieg hängen nur bedingt mit der ungünstigen Altersstruktur der Berliner Bevölkerung zusammen, wie eine Aufschlüsselung der

Anmerkung: Als Selbstmordquote, Selbstmordrate oder Suizidziffer wird im folgenden die Zahl der Suizide pro 100.000 der betreffenden Population und Jahr bezeichnet.

Globalziffern nach Altersklassen zeigt. Die uns hier interessierende Altersgruppe der Zwanzig- bis Dreißigjährigen hatte im Zeitraum 1961 bis 1966 immerhin eine Suizidrate von 34,8.

Es liegt auf der Hand, daß damit in Berlin die Zahl der Selbstmordversuche ebenfalls besonders hoch ist. Hierüber sind die amtlichen Statistiken sehr viel ungenauer, was auf die schwer schätzbare Zahl der Suizidversuche zurückzuführen ist, die den Behörden nicht bekannt werden.

Einige Jahre lang wurden für Westberlin die der Polizei bekannt gewordenen Selbstmordversuche statistisch erfaßt, leider ist das inzwischen wieder eingestellt worden. In den Jahren 1960 bis 1964 wurden zwischen 95 und 100 Suizidversuche pro Jahr auf 100.000 Einwohner polizeilich registriert. Eine Aufgliederung nach Altersstufen ist nicht erfolgt, doch kann man vermuten, daß diese Ziffer für die Zwanzig- bis Dreißigjährigen noch größer ist. Es sei noch einmal betont, daß es sich hierbei nur um die polizeilich bekannt gewordenen Suizidversuche handelt. Die tatsächliche Suizidversuchsrate ist vermutlich mehr als doppelt so hoch. (Vgl. STENGEL (62, 63) und THOMAS (65)).

Tab. 2: Die Häufigkeit von Suizidversuchen in der Bevölkerung.

Population	Zeitraum	SV-Rate	Quelle
Gesamtbevölkerung BDR	1959	22	THOMAS (65)
" NRW	1958-1964	16,7	LUNGERSHAU SEN (40)
" Frankfurt	1965	102	LINDEN (39)
" Berlin	1963-1964	100	Berliner Statistik
18-30jährige BDR	1959	45	THOMAS (65)
" NRW	1958-1964	37,8	LUNGERSHAU SEN (40)
20-30jährige Frankfurt	1965	248	errechnet n. LINDEN (39)
" Berlin	1963-1964	200-250	geschätzt nach Berli- ner Statistik

Wie Tab. 2 zeigt, liegen für Frankfurt/Main ähnlich hohe Zahlen vor, während für andere Regionen Deutschlands wesentlich niedrigere Ziffern ermittelt wurden. Man wird deshalb trotz aller Unsicherheit der Statistiken annehmen können, daß die Westberliner Bevölkerung neben einer hohen Suizidrate auch eine entsprechend hohe Rate an Suizidversuchen vor allem bei jüngeren Menschen aufzuweisen hat - ein Faktum, das weniger für Westberlin als für eine großstädtische Bevölkerung spezifisch zu sein scheint.

2. Die Häufigkeit von Suizidversuchen bei Studenten.

Die vorliegende Untersuchung umfaßt insgesamt 117 Studenten, die in den Jahren 1958 bis 1969 einen oder mehrere Selbstmordversuche verübt haben - insgesamt 154 SV. Weitere neun Suizidversuche, die von Probanden noch während der Schulzeit begangen wurden, werden hier nicht mitgezählt. So ergibt sich eine Suizidversuchsziffer von 56 auf 100.000 Studenten und Jahr. Diese Zahl erscheint unrealistisch klein, zumal man zunächst von der Hypothese ausgehen muß, daß Studenten nicht häufiger oder seltener einen Selbstmord versuchen als ihre nicht-studentischen Altersgenossen. Es liegt auf der Hand, warum diese Ziffer so niedrig ausfallen mußte - konnten doch die Unterlagen nur einer Psychiatrischen Klinik ausgewertet werden, während die anderen vier größeren Nervenkliniken Westberlins sowie alle übrigen Krankenhäuser, die in der Versorgung von Suizidanten eine Rolle spielen, unberücksichtigt bleiben mußten.

Im folgenden soll deshalb versucht werden, zu einer realistischen Schätzung zu gelangen.

a) LUNGERSHAUSEN (40), der in seiner Arbeit von einer polizeilichen Statistik ausgeht, erwähnt, daß nach diesen Unterlagen 28 v.H. der suizidalen Studenten später in psychiatrische Behandlung gelangten. Aus unseren Unterlagen war andererseits ersichtlich, daß von 154 Suizidversuchen nur 115 der Polizei bekannt geworden sind. Auf die hier vorgelegten Zahlen angewandt, würde das bedeuten, daß diese 115 SV ca. 30 v.H. aller polizeilich gemeldeten studentischen SV darstellen. Die Rate der studentischen

Suizidversuche stieg dann auf 138. Berücksichtigt man weiterhin, daß ca. 10 v.H. der SV aus unserer psychiatrischen Statistik der Dunkelziffer angehören, nämlich in der aktuellen Situation weder Polizei noch Krankenhaus bekannt geworden sind, sondern erst sehr viel später als anamnestische Fakten Erwähnung fanden, so kommt man auf eine SVZ von 143.

Schließlich sei noch erwähnt, daß THOMAS (66) während etwa des gleichen Untersuchungszeitraums in der Berliner Ärztlichen Lebensmüdenbetreuung 50 Studenten mit einem oder mehreren SV in der Anamnese gesehen hat. Unter der Annahme, daß es sich dabei um solche handelte, die in der vorliegenden Untersuchung nicht bekannt wurden - keiner der in der Universitätsnervenklinik untersuchten Studenten erwähnte, daß er vorher in der Lebensmüdenbetreuung war; ebenso findet sich bei THOMAS kein Hinweis auf Weiterleitung der Studenten in eine psychiatrische Klinik - erhöht sich die SVZ auf 162.

Tab. 3: Die Häufigkeit von Suizidversuchen bei Studenten.

Population		Zeitraum	SV-Rate	Quelle
Studenten	NRW	1958-1964	19,8	LUNGERSHAU- SEN (40)
"	Berlin	1958-1969	56	eigene Unters.
"	"	1958-1969	117-162	geschätzt nach den verschiede- nen Statistiken
"	Göttingen	1960-1967	50,2	FRIEDRICH (22)

b) Die zweite Schätzung soll von dem relativ konstanten Zahlenverhältnis ausgehen, das erfahrungsgemäß zwischen Selbstmorden und Selbstmordversuchen besteht. LINDEN (39) schätzt, daß auf einen Suizid etwa vier Suizidversuche kommen.

In einer Paralleluntersuchung zu der vorliegenden fand WASMUND (67), daß in den Jahren 1958 bis 1969 mindestens 73 Westberliner Studenten Selbstmord begangen haben. Bei einem Zahlenverhältnis von 1:4 käme man auf 292 SV im gleichen Zeitraum, was einer SV-Rate von 117 entspricht.

Diese Schätzungen lassen den Schluß zu, daß Studenten in Westberlin jedenfalls nicht häufiger einen Selbstmordversuch begehen als ihre Altersgenossen.

3. Die Häufigkeit von Suizidversuchen nach dem Kalenderjahr.

Die Zahl der von unserem Patientenkollektiv seit 1958 pro Jahr begangenen Selbstmordversuche schwankt zwischen vier im Jahre 1958 und 19 im Jahre 1969. Es wäre jedoch falsch, daraus ein wesentliches Ansteigen der SV-Häufigkeit im Laufe der Jahre ablesen zu wollen. Faßt man jeweils zwei Jahre zusammen (Tab. 4), so zeigt sich eine Entwicklung von 16 Suizidversuchen 1958/59 zu 30 SV 1962/63. Seitdem ist diese Ziffer konstant geblieben.

Dieser Anstieg um fast das Doppelte läßt sich zum Teil damit erklären, daß im gleichen Zeitraum von 1958 bis 1963 die Zahl der Studenten an den Berliner Hochschulen um 46 v.H. zunahm. Außerdem erfuhr die Tätigkeit der ambulanten Studentenberatung an der Universitätsnervenklinik, deren Unterlagen für diese Untersuchung einbezogen wurden, eine starke Erweiterung. Die organisatorischen Voraussetzungen der statistischen Registrierung änderten sich also. Somit ist anzunehmen, daß der zu verzeichnende Anstieg der SV-Häufigkeit keine echte Zunahme ist.

Tab. 4: Die Häufigkeit von Suizidversuchen nach dem Kalenderjahr.

Zeitraum	SV von psychotischen Studenten	SV von neurotischen Studenten	alle SV
1958/59	5	11	16
1960/61	4	17	21
1962/63	16	14	30
1964/65	13	15	28
1966/67	4	25	29
1968/69	1	29	30
alle Jahre	43	111	154

Nur das Zahlenverhältnis von SV psychotischer Studenten zu denen neurotischer Studenten verschob sich in auffälliger Weise. Betrug es für die Jahre 1958 bis 1961 noch 1:3, so kam es in den Jahren 1962 bis 1965 auf 1:1, um für die Jahre 1966 bis 1969 auf 1:11 abzusinken. Diese Entwicklung fand in der Aufnahmehäufigkeit von psychotischen Studenten ohne SV keine Parallele. Sie wies im Laufe der Jahre nur geringe Schwankungen auf. Da sich Aufnahmekriterien und -modalitäten im Untersuchungszeitraum auch nicht geändert haben, bleibt für die Jahre 1962 bis 1965 eine auffällige Häufung von Suizidversuchen psychotischer Studenten festzuhalten, für die eine einleuchtende Erklärung nicht gegeben werden kann.

4. Die Häufigkeit von Suizidversuchen nach dem Lebensalter.

Das Alter der Suizidanten zur Zeit des Selbstmordversuches lag zwischen 18 und 35 Jahren.

Nur am Rande sei erwähnt, daß neun Suizidversuche vor Beginn des Studiums begangen wurden. Der jüngste Suizidant war 13 Jahre alt. Alle 9 Suizidanten haben während der Studienzeit dann erneut versucht, sich das Leben zu nehmen. Die Suizidversuche im Jugendalter wurden in dieser Untersuchung nicht mitberücksichtigt.

Tab. 5: Die Häufigkeit von Suizidversuchen nach dem Lebensalter (in Prozent).

Altersgruppe	Häufigkeit (n=154)	Altersaufbau der Berliner Studentenschaft 1960-67
18-20 Jahre	16	27
21-24 Jahre	45	51
25-27 Jahre	25	15
28 Jahre und älter	14	8

Die meisten Selbstmordversuche wurden zwischen dem 18. und 25. Lebensjahr verübt, insgesamt 108. Ein Vergleich der Häufigkeitsverteilung mit dem Altersaufbau der Berliner Studentenschaft zeigt folgende statistisch signifikanten Unterschiede (Tab. 5):

Nur 16 v.H. der Suizidanten waren in der Gruppe der 18-20jährigen gegenüber 27 v.H. der Gesamtstudentenschaft ($p < 3,8$ v.H.).

Dagegen ergibt sowohl für die Altersgruppe der 25-27jährigen als auch für die 28jährigen und älteren Suizidanten, daß sie deutlich überrepräsentiert sind ($p < 1,7$ v.H. bzw. $< 4,2$ v.H.).

So drückt sich auch in unserem Spezialfall die allgemeine Regel aus, daß suizidale Neigungen mit steigendem Alter zunehmen. Das wird besonders in den für die einzelnen Altersstufen errechneten Suizidversuchsquoten deutlich. Die zahlenmäßig stärkste Gruppe der 21-24 jährigen Studenten hat eine SV-Rate von 49, erreicht also annähernd den Durchschnitt der Gesamtgruppe, während die Quote der 18-20jährigen deutlich niedriger ist (34). Sie steigt bei den Studenten, die 25 Jahre und älter sind, mit 95 stark an und erreicht bei 28jährigen und älteren mit 104 fast die doppelte Höhe des Durchschnitts.

5. Die Häufigkeit von Suizidversuchen nach der Studiendauer.

Die meisten Studenten befanden sich zum Zeitpunkt des Suizidversuches mitten im Studium. Immerhin neun SV wurden noch während des ersten Semesters verübt. Ein Vergleich mit dem Aufbau der Berliner Studentenschaft in Tab. 6 zeigt jedoch keinen Unterschied

zu den normalen Verhältnissen. Daß den Suizidversuchen im ersten Semester trotzdem eine gewisse Sonderstellung zukommt, wird daran deutlich, daß den neun SV in fünf Fällen eine suizidale Handlung schon vor dem Studium vorausgegangen war, während das bei den übrigen SV nur zu 6 v.H. der Fall war.

Aus dem Rahmen des Üblichen fallen einzig die Studenten, die sich im 16. oder einem noch höherem Semester befanden. 12 v.H. der Suizidversuche fanden in diesen Semestern statt, während nur 5 v.H. der Berliner Studenten so lange studierten. Diese Häufung von suizidalen Handlungen in den hohen Semestern ist statistisch signifikant ($P < 2,8$ v.H.).

Tab. 6: Die Häufigkeit von Suizidversuchen nach der Studiendauer (in Prozent).

Studiensemester	Häufigkeit der SV (n=154)	Berliner Studentenschaft (ohne PH)
1	7	6
2/3	15	16
4-6	20	27
7-9	21	22
10-12	18	17
13-15	6	8
16 und höher	12	5

Diesen Zahlen entsprechend verhalten sich auch die für die einzelnen Semester berechneten Suizidversuchsraten: Während in allen Studienabschnitten die Ziffer nicht wesentlich von der Durchschnittsrate (56) abweicht, steigt sie in den hohen Semestern auf das Doppelte an.

Vergleicht man die Gliederung der Suizidversuche nach der Semesterzahl mit der entsprechenden nach dem Lebensalter, so zeigt sich eine gewisse Diskrepanz. Die für die einzelnen Altersstufen ermittelten SV-Raten steigen mit dem Alter kontinuierlich an, während die SV-Raten nach der Semesterzahl bis auf die Ausnahme der hohen Semester nur unwesentlich vom Durchschnitt abweichen. Dieser

Widerspruch löst sich auf, wenn man in Rechnung stellt, daß die Suizidanten schon bei Studienbeginn durchschnittlich etwas älter waren als ihre nicht-suizidalen Kommilitonen.

Wichtig ist jedenfalls, daß Studenten höheren Alters und in hohen Semestern doppelt so häufig einen Selbstmordversuch begehen als ihre jüngeren Kommilitonen.

Die von LUNGERSHAUSEN (40) angegebene Altersstruktur suizidaler Studenten in Nordrheinwestfalen zeigt ein ähnliches Bild, während die Verteilung nach der Studiendauer keinen vergleichbaren Anstieg in den hohen Semestern aufweist. Allerdings waren dazu in 28 v.H. der Fälle keine Angaben vorhanden. (Zum Vergleich der Studiendauer der Suizidanten mit der in der Kontrollgruppe siehe unten Tab. 25).

6. Die Methoden der Suizidversuche.

Über die bei den Suizidversuchen verwandten Methoden gibt Tab. 7 Auskunft.

Tab. 7: Die Methode beim Suizidversuch (in Prozent).

Methode	Häufigkeit (n=154)
Medikamente	53
Schnittverletzung	11
Gas und Gift	6
Sprung	6
Strangulation	4
andere	2
mehrere zugleich	5
ohne Angabe	13

Wie in zahlreichen Publikationen bei anderen Bevölkerungsgruppen beschrieben, überwiegen auch bei Studenten die Selbstmordversuche mittels überhöhter Dosen von Arzneimitteln. 53 v.H. der Suizidversuche wurden mit Medikamenten verübt, zumeist waren es

Schlaf- und Beruhigungsmittel. Psychopharmaka, die von vielen psychotischen und auch einigen neurotischen Studenten über längere Zeit eingenommen wurden, spielten mit 3 v.H. praktisch keine Rolle.

An zweiter Stelle stehen Selbstmordversuche mit Schnittinstrumenten (11 v.H.). Dabei brachten sich die Patienten in der Regel Schnittverletzungen an den Handgelenken bei. Dann folgen Kohlenmonoxyd-Vergiftungen (Stadtgas, Auspuffgase des Autos) und Sprungverletzungen mit je 6 v.H. Dazu sei erwähnt, daß sechs der neun Suizidanten, die mit einem Sprung aus der Höhe auf den Boden, ins Wasser oder auch vor ein Auto aus dem Leben scheiden wollten, Studenten mit einer Schizophrenie waren. Dieser Unterschied zwischen den Diagnosegruppen "Psychose" und "Neurose" in Bezug auf die Wahl des Suizidmittels ist statistisch hochsignifikant ($p < 1,0$ v.H.), während sich bei den anderen Suizidarten keine Unterschiede feststellen lassen. Eine Erklärung für diesen Tatbestand liegt wohl darin, daß psychotische Patienten oft in einem Verwirrungszustand sind, wenn sie eine suizidale Handlung begehen, und zu planmäßigem Vorgehen, wie es beispielsweise bei der Einnahme von Tabletten erforderlich ist, nicht mehr fähig sind.

7. Wiederholte Suizidversuche.

Von den 117 suizidalen Studenten haben 36 mehr als einen Suizidversuch begangen, das sind 31 v.H. der Gruppe. Zwischen psychotischen und neurotischen Studenten besteht hierin kein Unterschied. Auch zwischen Männern und Frauen ist die Differenz gering: 33 v.H. der männlichen Studierenden haben mehr als einen Suizidversuch verübt gegenüber 27 v.H. der Studentinnen.

Die gefundenen Zahlen sind damit etwas höher als die von LINDEN (39) für eine westdeutsche Großstadtbevölkerung angegebene (22 v.H.). Nach LUNGERSHAUSEN (40) haben 19 v.H. seiner studentischen Suizidanten mehr als einen SV begangen.

Dieser Unterschied mag daraus erklärbar sein, daß Patienten mit wiederholten Suizidversuchen eine größere Chance haben, in psychiatrische Behandlung zu gelangen. Ebenso ist daran zu denken, daß die hier ausgewerteten Unterlagen im allgemeinen ausführlicher sind als die polizeilichen Protokolle, auf die sich LUNGERSHAUSEN bezieht.

8. Katamnestisch bekannt gewordene Suizide.

Von insgesamt sieben Studenten der SV-Gruppe ist bekannt geworden, daß sie mittlerweile Selbstmord begangen haben. Diese Zahl ist sicher zu niedrig, da aus technischen Gründen keine systematischen Nachforschungen angestellt werden konnten.

Bei dreien dieser Selbstmörder war früher die Diagnose einer Schizophrenie gestellt worden. Unter ihnen befand sich auch die einzige Frau, eine Medizinstudentin. Die vier anderen Suizidanten litten an einer depressiven Neurose. Ein ausländischer Student erschoss aus Eifersucht seine Freundin und brachte sich anschließend selber um.

Bemerkenswert ist, daß drei der sieben Selbstmörder Medizin studierten. Wenn wegen der kleinen Zahlen die Zufallswahrscheinlichkeit auch recht hoch ist, so gewinnt dieser Tatbestand doch im Zusammenhang mit den weiter unten mitgeteilten Ergebnissen über die SV-Häufigkeit bei Medizinstudenten und Arztkindern seine Bedeutung.

Es sei noch erwähnt, daß auch einer der Kontrollpatienten Suizid verübt hat. Es handelte sich um einen schizophrenen Physikstudenten, dessen Vater Arzt war und als Morphinist in einer Heilanstalt ebenfalls Selbstmord begangen hatte.

9. Die psychiatrische Diagnose: neurotische Studenten.

Bei 85 der 117 Suizidanten wurden neurotische Störungen ohne Verdacht auf eine Psychose diagnostiziert. In der Klassifizierung der einzelnen neurotischen Störungen und der Bewertung ihrer Stellung im Konfliktgeschehen zeigten sich zwangsläufig subjektive Momente der jeweiligen Untersucher. Ebenfalls subjektiv ist natürlich der Versuch einer Differenzierung nach Haupt- und Nebendiagnose.

Tab. 8: Die Diagnosegruppe "Neurose".

Diagnosegruppe	Hauptdiagnose	Nebendiagnose
Psychoneurosen	59	
(davon mit depressiver Symptomatik)	47	7
Charakterneurosen	15	
Perversionen	7	2
Süchte	-	1
Verwahrlosung	-	3
psychosomatische und vegetative Störungen	4	16
insgesamt	85	(29)

Wie Tab. 8 zeigt, bildeten die Psychoneurosen mit 59 Fällen, das sind 51 v.H. der Gesamtgruppe, das Hauptkontingent. Dabei standen die Neurosen mit depressiver Symptomatik im Vordergrund (40 v.H. der Gruppe). Weitere 12 Patienten litten an einer vorwiegend angsthaft-phobischen und zwanghaften Symptomatik oder wiesen ausgeprägte Konversionssymptome wie hysteriforme Anfälle auf.

Bei 15 Studenten, also 13 v.H. der Gruppe, wurde eine "Charakterneurose" diagnostiziert. Andere Begriffe, die hier subsumiert werden, sind - je nach der theoretischen Einstellung des Untersuchers - "chronifizierte neurotische Entwicklung" oder "abnorme Persönlichkeit".

Davon getrennt erwähnt seien die Perversionen: Insgesamt sechs neurotische Studenten waren manifest homosexuell, ein weiterer pädophil. Unter Berücksichtigung der beiden homosexuellen Patienten mit der Hauptdiagnose "Schizophrenie" ergibt sich, daß immerhin 12 v.H. der männlichen Suizidanten manifest pervers waren. Diese Tatsache verdient deshalb Erwähnung, weil die suizidalen Handlungen dieser Gruppe meist in direktem Zusammenhang mit den aus der Perversion resultierenden Schwierigkeiten individueller und sozialer Natur stehen.

Eine echte Sucht wurde nur einmal diagnostiziert (Alkoholismus). Bei acht Patienten war anamnestisch ein Alkoholabusus, bei weiteren vier ein Medikamentenabusus bekannt. In keinem Falle stand diese Abhängigkeit jedoch im Vordergrund, sie kam bei Patienten mit depressiven oder charakterneurotischen Zügen vor.

10. Die psychiatrische Diagnose: Psychotische Studenten.

Von den 117 suizidalen Studenten waren 32, das sind 27 v.H., an einer Psychose erkrankt (vgl. ALBRECHT (1)). Die paranoid-halluzinatorischen Schizophrenien stellen mit 18 den größten Anteil, es folgen sechs Fälle von Schizophrenia simplex. Insgesamt drei Mischpsychosen wurden diagnostiziert. Dabei handelte es sich um maniforme Zustandsbilder oder manisch-depressive Schwankungen bei vorwiegend schizophrener Symptomatik. Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang, daß sich unter den 117 Suizidanten keine einzige endogene Depression befand, nur in der Kontrollgruppe wurde eine manisch-depressive Psychose festgestellt.

Dreimal wurde die Diagnose einer symptomatischen Psychose gestellt. Sie trat nach einer Barbiturat- bzw. Kohlenmonoxyd-intoxikation und nach LSD-Gebrauch auf. In allen drei Fällen ergab jedoch die Anamnese den Verdacht auf eine schon vorher bestehende endogene Psychose, so daß sie im Rahmen dieser Untersuchung zu den Schizophrenien gerechnet werden sollen, wengleich eine sichere Diagnose erst auf Grund katamnestischer Daten zu stellen wäre.

Ferner ist zu erwähnen, daß als Nebendiagnose in zwei Fällen eine manifeste Homosexualität festgestellt wurde. Bei weiteren zwei Patienten zeigte sich eine Alkoholsucht bzw. eine Polytoxikomanie.

Wenn auch keine endogene Depression diagnostiziert wurde, so war doch bei elf Schizophrenen eine ausgeprägte depressive Symptomatik vorhanden.

11. Die Motivation der suizidalen Handlungen: neurotische Studenten.

Von der späteren psychiatrischen Diagnose zunächst unabhängig ist die individuelle Motivation für den Selbstmordversuch. Bei dem Versuch, die jeweiligen Motive in der folgenden Übersicht zu ordnen, wurden alle verfügbaren Daten ausgewertet; das heißt, es wurde neben dem aktuellen Anlaß auch die biographische Entwicklung des Suizidanten berücksichtigt. Dabei ergab sich oft, daß nicht nur ein Motiv den Entschluß zum Suizid begründete, sondern vielmehr ein ganzes Bündel von Problemen den Patienten bedrückte. Wo es möglich erschien, wurde dann versucht, diese Motive nach ihrer Bedeutung zu bewerten und in eine Rangordnung zu bringen.

In immerhin 22 Fällen konnte eine solche rangmäßige Einstufung nach den vorliegenden Informationen ohne Willkür nicht erfolgen, mehrere Faktoren schienen gleichrangig zu sein.

An dieser Stelle muß betont werden, daß man durch die Analyse der Motive noch nicht die Frage nach den Ursachen suizidalen Verhaltens beantwortet hat. Zum Beispiel ist eine Enttäuschung wie das abrupte Ende einer Liebesbeziehung ein häufiges Motiv für einen Selbstmordversuch. Umgekehrt reagieren aber von den vielen Menschen, die eine solche Liebesenttäuschung erleben, nur wenige mit einem Suizidversuch.

Zum besseren Verständnis soll im folgenden auf die Suizidmotive bei neurotischen und psychotischen Patienten getrennt eingegangen werden.

Es wurde versucht, die Motive in folgender Weise zu gruppieren (Tab. 9):

Tab. 9: Die Motivation des Suizidversuches bei neurotischen Studenten.

Motivgruppe	Hauptmotiv	mitbeteiligt
Schwierigkeiten mit Eltern und Familie	7	4
sexuelle Schwierigkeiten	40	5
Schwierigkeiten im Studium	10	11
Schwierigkeiten im sozialen Bereich	4	5
mehrere Motive gleichrangig	17	-
kein plausibles Motiv	1	
ohne Angabe	6	
zusammen	85	(25)

a) Schwierigkeiten mit Eltern und Familie.

Bei sieben Patienten, darunter fünf Frauen, waren Konflikte im familiären Bereich das Hauptmotiv für den Selbstmordversuch. Bei vier weiteren war das Motiv mitbeteiligt. Alle diese Studenten standen noch in einer starken inneren, zum Teil infantil wirkenden Abhängigkeit von den Eltern bei teilweise heftigen Ablösungsversuchen und Autoritätskonflikten. Das suizidale Verhalten erschien dabei als mehr oder minder bewußt eingesetzte Waffe in diesem Kampf. Zwei Patienten reagierten auf den Tod eines Elternteils bzw. auf die abrupte Trennung von ihm mit einem Suizidversuch.

b) Schwierigkeiten im sexuellen Bereich.

Ein großer Teil der neurotischen Suizidanten, nämlich 40 Patienten, wurde suizidal, weil Schwierigkeiten auf sexuellem Gebiet bestanden. Bei weiteren 23 Patienten stand dieses Motiv gleichrangig neben anderen (17) oder war zumindestens mitbeteiligt (5).

Für 20 Studenten war dabei die bevorstehende oder schon vollzogene Lösung einer Liebesbeziehung ausschlaggebend. Bei 10 Patienten ereignete sich der Selbstmordversuch im Rahmen einer stark konflikthaften Partnerbeziehung, ohne daß eine Trennungsproblematik schon angeklungen wäre.

In fünf Fällen wurde der SV durch die mit dem manifest homosexuellen Verhalten auftretenden Konflikte motiviert. Bei zwei Studenten führten Onanieskrupel zum SV.

In weiteren drei Fällen war völlige Kontaktunfähigkeit zum anderen Geschlecht und die damit verbundene Vereinsamung das ausschlaggebende Moment.

Die 23 neurotischen Studenten, bei denen sexuelle Schwierigkeiten in unterschiedlichem Ausmaß an der Motivation zum Suizid mit beteiligt waren, hatten ähnliche Probleme wie die eben genannten; d. h. eine Trennungsproblematik oder Partnerkonflikte waren bei ihnen meist auch vorhanden, allerdings mit Schwierigkeiten im Studium oder im sozialen Bereich eng verknüpft.

So ist zum Beispiel eine völlige Kontaktunfähigkeit nach der vorliegenden Einteilung formal unter "Schwierigkeiten im sozialen Bereich" zu subsumieren. Sie wird aber ebenso Schwierigkeiten im Studium nach sich ziehen und gleichzeitig eine schwere Störung des sexuellen Bereiches darstellen, ja ätiologisch vermutlich einer gestörten Sexualität entstammen.

c) Schwierigkeiten im Studium.

Zehn Studenten gaben als Motiv für den Selbstmordversuch Schwierigkeiten im Studium an, bei weiteren 22 Studenten war dieses Motiv mitbeteiligt. Dabei spielte die Examenssituation eine wichtige Rolle. Bei drei Studenten war die Enttäuschung über eine nicht bestandene Prüfung das Suizidmotiv, während in den anderen Fällen der SV nach einigen schon bestandenen Teilprüfungen vor einer weiteren Prüfung oder während der Arbeit an einer schriftlichen

Diplomarbeit erfolgte. Die schon erzielten Leistungen ließen dabei die Angst vor dem Versagen als real nicht begründet erscheinen. Über die Zusammenhänge zwischen Suizidversuchen und der Examenssituation wird in einem besonderen Abschnitt weiter unten berichtet. (S. 91).

d) Schwierigkeiten im sozialen Bereich.

Bei vier Studenten überwogen Schwierigkeiten im sozialen Bereich für die Motivation des Suizidversuches. Zwei Patienten litten unter völliger "Ver einsamung", die beiden anderen standen am Ende ihres Studiums und hatten beträchtliche Angst vor dem Eintritt ins Berufsleben. Sie glaubten den Anforderungen einer beruflichen Tätigkeit nicht genügen zu können. Auch bei diesen beiden Studenten ergab sich aus den bisherigen Leistungen kein ausreichender Grund für diese Befürchtung, so daß erneut die Diskrepanz zwischen dem vordergründigen Motiv und der dahinter stehenden Ursache deutlich wird.

e) Abschließend sei noch kurz auf eine Gruppe von 17 Studenten eingegangen, bei denen nicht zu entscheiden war, ob einer der vorhandenen Konflikte für das Suizidgeschehen vorrangig war.

Wie schon angedeutet, erwuchsen diesen Menschen auf Grund ihrer neurotischen Persönlichkeitsstruktur Konflikte in allen Lebensbereichen. Dabei war der Realitätsbezug in unterschiedlichem Ausmaß gestört. Einzelne dieser Studenten vollzogen im Laufe ihrer Entwicklung eine regelrechte Abkehr von allen persönlichen Bindungen mit ihrer Umwelt. Sie waren des Lebens überdrüssig oder sahen keinen "Sinn im Leben" mehr.

12. Die Motivation der suizidalen Handlungen: psychotische Studenten.

In Motivstatistiken von Selbstmordversuchen erscheinen die suizidalen Handlungen psychotischer Patienten meist nur am Rande, weil man von der Vorstellung ausgeht, daß sie direkter Ausdruck des psychotischen Zustandes sind und somit alles erklärt sei.

Die moderne Sozialpsychiatrie hat hier einen gewissen Wandel geschaffen. Ihre Forschungsergebnisse weisen darauf hin, daß mindestens die Ausformung der Psychose nicht ohne die sozialen Bezüge des Erkrankten verstanden werden kann, was wiederum Konsequenzen für die langfristige Therapie und Rehabilitation von "Geisteskranken" hat. So erscheint auch im Rahmen der Suizidforschung eine genauere Analyse der suizidalen Handlungen von Psychotikern angebracht.

Bei 17 psychotischen Suizidanten, also 53 v.H. der Gruppe, war kein plausibles Motiv feststellbar. Bei weiteren 12 Studenten, also 38 v.H., war ein solches Motiv vorhanden. Vier Psychotiker hatten sexuelle Probleme. In zwei Fällen lag eine Trennungssproblematik vor. Die beiden anderen Studenten hatten Konflikte mit homoerotischen Partnern.

Schwierigkeiten im Studium (Angst, das Studium nicht zu schaffen) und Probleme im sozialen Bereich (Kontaktarmut und Vereinsamung) waren die Hauptmotive in drei weiteren Fällen.

Bei fünf Patienten führten mehrere Faktoren zur suizidalen Handlung. Dabei lag zumeist eine schwere Störung der Kontaktfähigkeit vor, die ihre Folgen sowohl im Geschlechtsleben als auch im Studium zeitigte.

Die suizidalen Handlungen der erwähnten 17 Studenten ließen zwar kein im herkömmlichen Sinne plausibles Motiv erkennen. Trotzdem waren immer Motive vorhanden: Meist äußerten die Patienten Angst; sie fühlten sich bedroht, so daß der SV dementsprechend eine Fluchtreaktion darstellte. In einem Falle folgte der Student einer inneren Aufforderung zum Suizid, bei einer anderen Patientin entsprang der SV religiös ausgegebenen Schuldgefühlen.

13. Die Bedeutung des Suizidversuchs im Konfliktgeschehen: neurotische Studenten.

Um einer Antwort auf die Frage nach den Ursachen suizidalen Verhaltens näher zu kommen, soll im folgenden auf die jeweilige Bedeutung des Suizidversuches im Konfliktgeschehen des Patienten eingegangen werden.

Der Versuch, eine Typologie suizidaler Handlungen aufzustellen, hat in der Geschichte der Psychiatrie zu sehr verschiedenen, nie recht befriedigenden Lösungen geführt, an denen der theoretische Standpunkt des Untersuchers klar zum Ausdruck kam.

MENNINGER-LERCHENTHAL (42) entwarf eine "ethisch-medizinische" Einteilung, während BROCKHAUS (8) und K. SCHNEIDER (60) Suizidversuche als "Theater", "Kurzschluß" oder "Flucht" werteten. BOCHNIK (5) versucht, eine solche Wertung zu umgehen, und teilt scheinbar rein phänomenologisch nach "Entwicklung", "Bilanz" und "Kurzschluß" ein.

Im folgenden soll eine Einteilung und Bewertung unter psychodynamischen Gesichtspunkten erfolgen. Dabei geht der Verfasser von der besonders durch STENGEL (63) vertretenen Vorstellung aus, daß bei jeder suizidalen Handlung neben den lebenszerstörenden auch lebenserhaltende Tendenzen beteiligt sind. Die Schwierigkeiten in der Bewertung suizidalen Verhaltens lassen sich dann aus dem nur indirekt zu ermittelnden Kräfteverhältnis dieser widerstreitenden unbewußten Tendenzen erklären. Damit verbunden ist die Annahme, daß Suizidversuche häufig Mehreres, Gegensätzliches bedeuten.

Bei den lebenszerstörenden, also aggressiven Tendenzen sind neben den deutlich sichtbaren autoaggressiven Impulsen auch aggressive, gegen die Umwelt gerichtete Impulse erkennbar. Lebenserhaltende Tendenzen lassen sich indirekt vor allem aus den sozialen Begleitumständen des Suizidversuchs schließen, wie es STENGEL (63) und LINDEN (39) getan haben.

Tabelle 10 stellt den Versuch einer Klassifizierung der suizidalen Handlungen von neurotischen Patienten unter solchen Gesichtspunkten dar. Weiter unten soll der Frage nachgegangen werden, inwieweit sich auch Selbstmordversuche von Psychotikern durch diese Gliederung besser verstehen lassen.

Tab. 10: Bedeutungen des Suizidversuches bei neurotischen Studenten.

Der Suizidversuch als	Hauptbedeutung	mitbeteiligt
Rache, Vergeltung, Protest	8	3
Druckmittel auf die Umwelt ("demonstrativ")	10	2
Appell an die Umwelt	20	3
Selbstbestrafung	1	5
Flucht, Rückzug	26	4
Identifikationsmittel	1	-
mehrere dieser Bedeutungen gleichrangig	12	
Unterlagen unzureichend, Einordnung nicht möglich	7	
insgesamt	85	(17)

a) Der Suizidversuch als Racheakt, Vergeltung, Protest.

Bei Selbstmordhandlungen dieser Kategorie kommen die aggressiven Tendenzen besonders deutlich zum Ausdruck. Sie sind zielgerichtet und sollen eine bestimmte andere Person treffen oder gelten allgemein einer als extrem einengend empfundenen Umwelt. Die aggressiven Impulse sind dabei den Suizidanten in unterschiedlichem Maße bewußt. Nach Tabelle 10 gehörten acht Suizidanten dieser Kategorie an, bei weiteren drei war die aggressive Komponente neben anderen deutlich erkennbar.

Beispiel: Ein 21jähriger Student, der einen Selbstmordversuch begeht, weil er erfahren hat, daß seine Freundin schon verheiratet ist, äußert hinterher zur Erklärung: Er wolle nicht als Spielzeug behandelt werden. "Die Idioten können sehen, was sie mit einem gemacht haben."

b) Suizidversuche als Druckmittel auf die Umwelt, sog. demonstrative Selbstmordversuche.

Dieser Kategorie konnten 10 Patienten zugerechnet werden. Dabei waren zwar auch hier aggressive Regungen deutlich erkennbar, doch waren sie nicht rein destruktiv gemeint, sondern hatten eine teilweise bewußte Funktion im Konfliktgeschehen. Sie bestand in der Regel darin, einen Partner unter Druck zu setzen, ihn zu manipulieren.

Beispiele: Ein 24jähriger Student will mittels eines Suizidversuchs seine ihn überfordernden Eltern in Schach halten. Er möchte die unangenehmen einengenden Aspekte seiner infantilen Abhängigkeit von ihnen beseitigen, ohne dabei auf die gewünschte Verwöhnung verzichten zu müssen.

Eine Studentin will auf dem Wege suizidaler Handlungen die Eltern dazu bringen, eine von ihr angestrebte Psychotherapie zu finanzieren.

c) Suizidhandlungen als Appell an die Umwelt.

Daß suizidale Handlungen oft den Charakter eines Appells an die Umwelt haben, ist besonders von STENGEL (63) herausgearbeitet worden. Danach lassen sich solche Suizidversuche als eine Art Hilferuf an die Umwelt verstehen. Sie soll auf die anscheinend ausweglose Lage des Suizidanten aufmerksam gemacht werden. Dieser Wunsch ist allerdings selten bewußt vorhanden, er läßt sich meist nur so hießen aus der Art und dem situativen Arrangement des SV, der Wende, die die persönlichen Probleme des Suizidanten später nehmen können, und aus der psychoanalytischen Therapie von Patienten, die einen Suizidversuch unternommen hatten. Im Appellcharakter suizidaler Handlungen herrschen die lebenserhaltenden Tendenzen vor und sind eher mit autoaggressiven als mit aggressiven Impulsen (wie bei der Kategorie b)) vermischt. Es liegt auf der Hand, daß gerade solche Selbstmordversuche von der Umwelt sehr ernst genommen werden müssen, soll es nicht zur bedrohlichen Wiederholung kommen.

Mit 20 Suizidanten läßt sich fast ein Viertel der neurotischen Patienten in diese Kategorie einordnen.

Beispiel: Eine Studentin, die nach dem Abbruch einer Liebesbeziehung zunehmend vereinsamt ist, versucht Selbstmord zu begehen. Der Versuch hat positive Folgen: Mehrere von der depressiven Patientin vernachlässigte Freundschaften werden reaktiviert, ein erneuter Suizidversuch ist nicht zu befürchten.

d) Selbstmordversuche als Flucht, Abkehr, Rückzug von der Umwelt.

Diese Kategorie umfaßt mit 26 Patienten, also 31 v.H. der Gruppe, die relativ größte Untergruppe. Es stehen die autoaggressiven Momente deutlicher im Vordergrund als bei der eben behandelten Gruppe. Dabei handelt es sich oft um relativ plötzlich durchbrechende Impulse, von denen sich der Suizidant hinterher dann entweder distanziert oder sie überhaupt leugnet, indem er beispielsweise sagt, er wisse nicht mehr recht, wie das alles gekommen sei, er habe eigentlich nur schlafen wollen.

In einem anderen Teil der Fälle bestanden die autoaggressiven Tendenzen schon über längere Zeit und tauchten auch im Bewußtsein des Studenten auf. Der SV gewann dann den Charakter eines Ausweichens oder eines Rückzuges vor den unüberwindlich erscheinenden Schwierigkeiten.

Beispiel: Ein Student mit latenten homosexuellen Neigungen heiratet seine Freundin, als sie ein Kind von ihm erwartet. Nach kurzer Zeit versucht er, aus dieser Verbindung auszubrechen und plant einen zeitlich nicht begrenzten Auslandsaufenthalt ohne seine Familie. Als seine Frau ihn bei den Vorbereitungen dazu stört, begeht er einen Selbstmordversuch.

In anderen Fällen war der Suizidversuch als eine depressive Abkehr von der übermächtig erscheinenden Umwelt zu verstehen.

e) Suizidversuche als Selbstbestrafung, aus Schuldgefühlen.

Auch hier stehen autoaggressive Momente im Vordergrund. In nur einem Fall ließ sich der SV eines neurotischen Studenten vorwiegend in diesem Sinne interpretieren. Bei fünf weiteren Suizidanten spielten Selbstbestrafungstendenzen eine gewisse Rolle.

f) Der Selbstmordversuch als Ausdruck der Identifikation mit einem Verstorbenen.

Ein Student versuchte, sich "aus Schmerz über den Tod des Vaters" zu suizidieren. Aus dem Zusammenhang läßt sich vermuten, daß außerdem starke Selbstbestrafungstendenzen mitbeteiligt waren.

g) Suizidversuche, die mehrere Bedeutungen hatten.

Hierzu zählen die SV von insgesamt 29 neurotischen Studenten. In zwölf Fällen standen mehrere Bedeutungen so deutlich nebeneinander, daß keiner eine Priorität im suizidalen Geschehen eingeräumt werden konnte. Bei weiteren 17 Patienten erschien eine Rangordnung möglich, z. B. wenn sehr ausführliche Unterlagen zur Verfügung standen. Sie erscheinen deshalb in Tab. 10 unter "mitbeteiligt".

Relativ häufig waren aggressive Regungen wie in der Kategorie a) oder b) mit Selbstbestrafungswünschen verknüpft.

Beispiel: Eine Studentin begeht in einer belastenden Examenssituation einen Suizidversuch, als ihre schüchternen und zugleich hartnäckigen Bemühungen um einen verheirateten Mann fehlschlagen. Es lassen sich einerseits Flucht Tendenzen feststellen. Gleichzeitig geht vom SV ein starker Druck auf die Mutter aus, die dann auch in der gewünschten Weise mit starker Verwöhnung reagiert. Schließlich sind auch Schuldgefühle wegen ihrer Gefühle für einen verheirateten Mann nicht zu übersehen, als sich dessen Ehefrau einschaltet. In der Krankengeschichte heißt es: "Tief deprimiert habe sie sich wegen ihres Versagens, ihrer eigenen Feigheit und Angst Vorwürfe gemacht und in dieser Stimmung Tabletten genommen."

14. Die Bedeutung des Suizidversuchs im Konfliktgeschehen: psychotische Studenten.

Bei der Hälfte der psychotischen Patienten gelang eine Einordnung ihres suizidalen Verhaltens in das hier beschriebene Schema nicht. Das lag zumeist an unzureichenden Unterlagen, die sich wiederum aus der besonderen Situation eines Menschen mit akut einsetzenden psychotischen Symptomen erklärt. In dieser Phase und über diese Phase kann er in der Regel nur unzureichend Auskunft geben.

In anderen Fällen beschränken sich Familienangehörige und Untersucher darauf, die suizidale Handlung unter dem Aspekt einer akuten Geistesverwirrung zu sehen, ohne möglichen motivischen Zusammenhängen mit der Lebenssituation des Suizidanten nachzugehen.

Bei der Auswertung der übrigen 16 Fälle ist auffällig, daß auto-aggressive Impulse vorherrschen, während aggressive Regungen gegen Bezugspersonen oder die Umwelt allgemein eine untergeordnete Rolle zu spielen scheinen.

Als wichtigste Bedeutung, bei einem Viertel der Psychotiker feststellbar, zeigte sich der Fluchtcharakter der suizidalen Handlung. Die Patienten versuchten in der Regel, einer ihnen drohenden, nicht näher definierbaren Gefahr zu entkommen. In einem Teil der Fälle wurde dann aus dem Zusammenhang deutlich, daß sie durchaus einer realen Situation, etwa dem Examen, entkommen wollten.

15. Zur Frage der Ernsthaftigkeit der Suizidversuche.

Wie oben ausgeführt, hängt das Erscheinungsbild des einzelnen Selbstmordversuches vom Wechselspiel der aggressiven, auto-aggressiven und lebenserhaltenden Tendenzen ab. Außerdem ist in jeder suizidalen Handlung ein mehr oder minder großes Zufallsmoment enthalten, das im Einzelfall auch intendiert sein kann und dann nach STENGEL (63) dem Suizidversuch eine "Gottesgerichtsfunktion" zuweist.

Daraus wird klar, daß eine Antwort auf die Frage nach der Ernsthaftigkeit oder Gefährlichkeit einer Suizidhandlung nur schwer zu finden ist.

In jeder der genannten Bedeutungskategorien sind "schwere", fast tödlich endende Selbstmordversuche enthalten. Es lassen sich dabei drei Gruppen unterscheiden:

Erstens: Studenten, die im Laufe einer jahrelangen Entwicklung Schwierigkeiten in allen Lebensbereichen bekommen haben und sich durch einen Selbstmord von allem zurückziehen wollen. Diagnostisch handelt es sich dabei vor allem um depressive Neurosen und Charakterneurosen.

Zweitens: Patienten, bei denen aggressive Tendenzen, oft im Rahmen noch bestehender starker Abhängigkeitsverhältnisse, vorherrschen und gleichzeitig die Realitätskontrolle nur mangelhaft ausgeprägt ist. Auch diese Studenten sind diagnostisch unter den Begriff "Charakterneurose" zu fassen.

Drittens: Patienten, die auf Grund narzißtischer Charakterzüge eine Kränkung, wie sie etwa die Trennung von einem Partner darstellt, nicht ertragen konnten und mit starken aggressiven bzw. autoaggressiven Impulsen darauf reagierten.

Eine detaillierte Abstufung der Gefährlichkeit der Suizidversuche ist in diesem Rahmen nicht möglich, da gerade in diesem Punkt die retrospektive Auswertung von vorgegebenen Unterlagen mit zu vielen Unsicherheiten behaftet ist.

16. Diskussion der Ergebnisse.

Die Häufigkeit suizidaler Handlungen.

Nach einer Phase der unkritischen Übernahme amtlicher Selbstmordstatistiken als Ausgangsbasis für komplexe sozialpsychologische Hypothesen über die Entstehung suizidalen Verhaltens ist mit der Kritik von DOUGLAS (13) die fragliche Validität dieser Statistiken wieder ins Blickfeld der Forschung gerückt: Er wies

vor allem darauf hin, daß bei der Registrierung von Suiziden unterschiedliche Definitionen des Tatbestandes und unterschiedliche methodische Verfahren angewendet werden.

Während STENGEL (63) von sozialpsychiatrischer Seite auf die Unsicherheit der vorhandenen Zahlen hinweist, formuliert ATKINSON (2) diese Bedenken speziell für die bisherige Dokumentation studentischer Selbstmorde. Er hält es für möglich, die im Vergleich zur Gesamtbevölkerung erhöhten Suizidraten bei Studenten durch Unterschiede in der Wahrscheinlichkeit der Intervention und Registrierung zu erklären.

Liegen im Prozeß der amtlichen Registrierung von Selbstmorden schon genügend Möglichkeiten der Verfälschung, so gilt dies vollends für die Erfassung von Selbstmordversuchen. Deren polizeiliche Registrierung unterliegt großen regionalen Unterschieden, wie ein Blick auf Tabelle 2 zeigt. Die dort verzeichneten krassen Unterschiede - etwa zwischen der Gesamtbevölkerung in der Bundesrepublik (SV-Rate 22) und der einer Großstadt wie Frankfurt (SV-Rate 102) - dürften kaum der Realität entsprechen.

Verlässlicher erscheint vielmehr die Betrachtung der relativen Zahlenverhältnisse. Dabei zeigt sich, daß in den jeweiligen Populationen die Altersgruppe der 20-30jährigen eine SV-Rate hat, die zwei- bis zweieinhalbmal so groß ist wie die aller Altersklassen.

Nur die von LUNGERSHAUSEN (40) angegebene SV-Quote für Studenten in Nordrhein-Westfalen (19,8) hebt sich von dieser Relation ab und weist auf zusätzliche soziale Unterschiede in der amtlichen Registrierung von Suizidversuchen hin. LUNGERSHAUSEN meint, "daß Suizidversuche von Studenten, wie überhaupt Suizidversuche innerhalb gehobener Schichten sehr viel seltener zur Kenntnis der Polizei gelangen werden ...".

Damit wird klar, daß die Frage, ob Studenten häufiger als ihre Altersgenossen aus dem Leben scheiden wollen, nach dem gegenwärtigen Stand unserer Kenntnisse nicht beantwortbar ist. Erst eine sorgfältige und aufwendige Untersuchung, die von einem auslesefreien Patientengut ausgeht (etwa dem der Rettungsstationen

der städtischen Krankenhäuser), und Studenten mit Nicht-Studenten vergleicht, könnte Klarheit schaffen.

Man könnte auch formulieren, daß es sich hier um ein Scheinproblem handelt - die Häufigkeit suizidaler Handlungen in der gesamten Altersgruppe der 20-30jährigen ist erschreckend groß und verdient endlich die nötige Aufmerksamkeit.

Die Sondergruppe der Studenten mag eine gleich hohe oder noch eine etwas höhere SV-Rate haben, für die Forschung hat sie nur eine stellvertretende Bedeutung, weil über sie verhältnismäßig mehr bekannt ist und weitere Untersuchungen deshalb eine bessere Ausgangsbasis haben.

Als gegenwärtigen Erkenntnisstand wird man folgendes festhalten können:

a) Menschen, die in der Großstadt leben, versuchen häufiger Selbstmord zu begehen als andere, wobei der Unterschied zur Landbevölkerung nicht so kraß sein dürfte, wie ihn die amtlichen Statistiken vortäuschen.

b) Junge Erwachsene haben eine mindestens doppelt so große SV-Rate als die übrige Bevölkerung. Wenigstens für die großstädtische Bevölkerung läßt sich schätzen, daß bis zum dreißigsten Lebensjahr mindestens zwei Prozent der Bevölkerung, also jeder fünfzigste Einwohner, schon einmal einen Suizidversuch begangen haben. (Die Zahl der an einer Schizophrenie oder einem Diabetes mellitus erkrankten Menschen hat eine ähnliche Größenordnung).

c) Die Vermutung, daß Studenten noch häufiger als ihre Altersgenossen einen SV begehen, ist zur Zeit weder beweisbar noch widerlegbar.

Die psychiatrische Diagnose.

Daß das hier untersuchte Patientengut einer psychiatrischen Klinik eine Selektion darstellt, drückt sich besonders klar in der klinischen Diagnose aus. Die Häufigkeit der gestellten Diagnosen unterscheidet sich wesentlich von der für selektionsfreie Suizidantengruppen. Während LINDEN (39) schätzt, daß 8-15 v.H. der Menschen, die einen Suizidversuch begehen, an einer endogenen Psychose leiden, ergibt sich für die hier untersuchten Studenten ein Anteil von 25 v.H. Schizophrenien. LUNGERSHAUSEN (40) stellte bei Studenten mit Suizidversuchen in 11 v.H. die Diagnose Schizophrenie.

Es ist nur auf den ersten Blick ungewöhnlich, daß die Diagnose einer endogenen Depression nicht ein einziges Mal gestellt wurde. Auch LUNGERSHAUSEN kam nur in 3,5 v.H. der Fälle zu dieser Diagnose. Da er zugleich wesentlich höhere Zahlen für studentische Selbstmorde angibt (24 v.H. endogene Depression), wird man annehmen müssen, daß Menschen mit einer endogenen Depression gewissermaßen eher mit Erfolg einen Selbstmord versuchen, als daß sie gerettet werden.

Andererseits muß vermerkt werden, daß nicht nur bei Studenten mit Suizidversuchen, sondern auch im übrigen studentischen Patientengut der Berliner Universitätsnervenklinik nur selten die Diagnose "endogene Depression" gestellt wurde. Nach ALBRECHT (1) litten nur 3 von 174 Studenten, die in der Zeit von 1956 bis 1967 dort klinisch als Psychotiker behandelt wurden, an einer Erkrankung aus dem manisch-depressiven Formenkreis.

Noch in einer weiteren Beziehung erweist sich, daß hier ein selektiertes Patientengut zur Auswertung gelangte, das nicht ohne weiteres mit einer entsprechenden Gruppe aus der übrigen Bevölkerung vergleichbar ist. So spielen Suchtkranke und "Psychopathen" unter den Suizidanten praktisch keine Rolle, während sie in anderen Statistiken wesentlich häufiger vertreten sind. RUEGSEGGGER (57) nennt in einer Statistik über Suizidanten in Basel 43 v.H. Psychopathien und 15 v.H. Alkoholismus.

LINDEN (39) stellte für Frankfurter Suizidanten in 26 v.H. die Diagnose "Psychopathie" und in 2 v.H. die Diagnose "chronischer Alkoholismus".

Diese Unterschiede lassen sich nicht allein aus unterschiedlichen nosologischen Auffassungen erklären, vielmehr weisen sie auch auf soziale Unterschiede hin: Studenten kommen aus sozialen Schichten, in denen das Vorkommen von Suchtkrankheiten und Psychopathien oder Soziopathien relativ seltener ist.

Die Motivation von Suizidversuchen.

Der Versuch, die Motivation eines so einschneidenden Aktes, wie es der Suizidversuch darstellt, statistisch zu erfassen, stößt auf methodische und prinzipielle Schwierigkeiten. Keineswegs immer lagen direkte Äußerungen des Suizidanten über seine Beweggründe vor. Zudem waren oft mehrere Motive zu berücksichtigen, die den Suizidversuch als Resultat der Interaktionen eines neurotisch (oder psychotisch) gestörten Individuums mit seiner Umwelt und ihren Anforderungen erscheinen lassen. Dieses komplexe Interaktionsmuster vollständig zu beschreiben und in Beziehung zum suizidalen Verhalten zu setzen, konnte nicht Aufgabe dieser retrospektiv geführten Untersuchung sein. In diesem Rahmen kam es nur darauf an, die Problemkreise abzustecken und in einem gewissermaßen makroskopischen Überblick festzustellen, ob es für Studenten spezifische Motive für einen Selbstmord überhaupt gibt.

Der Verflechtung mehrerer Beweggründe wurde insofern Rechnung getragen, als nach Hauptmotiven und mitbeteiligten Motiven unterschieden wurde, oder - wo das nicht möglich war - mehrere Faktoren als gleichrangig angenommen wurden.

Der Vergleich mit einer Motivstatistik aus der allgemeinen Bevölkerung, wie sie LINDEN (39) erstellt hat, zeigt, daß die jeweiligen Problemkreise etwa gleich stark vertreten sind.

Schwierigkeiten im Geschlechtsleben stehen an erster Stelle, gefolgt von "sozialen und wirtschaftlichen Schwierigkeiten". Man wird vermuten dürfen, daß damit meist im Zusammenhang mit der Arbeit stehende Probleme gemeint sind, was bei den Studenten den Schwierigkeiten im Studium entsprechen würde. An dritter Stelle folgen dann in beiden Gruppen Konflikte mit der Familie. Die von LUNGERSHAUSEN (40) angegebenen Zahlen für studentische Suizidanten in Nordrhein-Westfalen können hier nicht zum Vergleich herangezogen werden, da er keinen Unterschied zwischen dem Motiv und der psychiatrischen Diagnose trifft.

In diesem Zusammenhang erhebt sich anhand des Sonderfalls der suizidalen Handlungen die Frage, ob es für Studenten spezifische Probleme gibt, die als Erklärung dienen können für die - noch nicht bewiesene - größere Häufigkeit psychischer Störungen bei Studenten.

Zweifellos ist das Prüfungswesen an den Hochschulen ein Spezifikum, wofür es Vergleichbares in anderen gesellschaftlichen Bereichen nicht gibt.

Die Prüfungssituation stellte bei den untersuchten Studierenden den Kulminationspunkt der jeweiligen neurotischen Lern- und Leistungsstörungen dar und führte sogar, wie weiter unten dargestellt wird, in einigen Fällen zu suizidalen Handlungen. Inwieweit ihr jedoch auch pathogene Bedeutung im Sinne der Verursachung psychischer Erkrankungen zukommt, kann hier nicht entschieden werden.

DÜHRSEN (15) fand beim Patientengut des AOK-Instituts für psychogene Erkrankungen in Berlin, daß etwa 20 v.H. der berufstätigen Patienten arbeitsunfähig waren, während der Prozentsatz von Arbeitsstörungen als Anlaß der Konsultation bei einer studentischen Gruppe 43 v.H. betrug. Sie vermutet, daß "eine bereits gelernte und zur Routine gewordene Arbeit sicherlich weniger stör anfällig ist, als die Fähigkeit zu konstanten und geordneten Lernleistungen."

Schließlich sei noch auf MOELLER (44) verwiesen, der im Sinne des Eriksonschen Konzeptes versucht, das Spezifikum der Studiensituation als "Sozialadoleszenz" zu definieren, in der das Erwachsenwerden im sozialen Bereich zugunsten der intellektuellen Entwicklung aufgeschoben wird. Auch er läßt offen, inwieweit daraus pathogene oder pathoplastische Einflüsse resultieren.

III. Kindheit und Familie der Suizidanten.

An den Anfang seien zwei demographische Daten gestellt, die in der sozialpsychiatrischen Forschung der angelsächsischen Länder als Parameter eine gewisse Rolle spielen.

1. Das Alter der Eltern der Suizidanten.

Auf eine tabellarische Aufstellung der Altersstruktur der Eltern unseres Patientengutes mußte verzichtet werden, da in einem zu hohen Prozentsatz (zwischen 13 und 30 v.H.) die entsprechenden Angaben unvollständig waren. Tabelle 11 gibt deshalb nur das jeweilige Durchschnittsalter an, das sich auf die Gruppe der Patienten mit vorhandenen Angaben bezieht.

Für die Studentenschaft existieren keine Vergleichszahlen, deshalb wurde auf eine Statistik aus dem Jahre 1938 zurückgegriffen, die Aufschluß über das Alter der Mütter bei der Geburt ihres Kindes gibt.

Tab. 11: Das Durchschnittsalter der Eltern bei der Geburt der Probanden (in Jahren), ohne Ausländer.

SV-Patienten		Kontrollpat.		alle Neurosen		alle Psychosen		Gesamtbev.	
Vater	Mutter	Vater	Mutter	Vater	Mutter	Vater	Mutter	Mutter	1938
34,7	30,0	34,8	30,2	34,3	30,1	35,5	30,1	29,2	

Wie Tabelle 11 zeigt, ergeben sich keine wesentlichen Unterschiede zwischen Suizidanten und den Patienten der Kontrollgruppe. Auch zwischen den einzelnen Diagnosekategorien war die Differenz gering. Darüber hinaus kann vermutet werden, daß sich die Altersstruktur der Eltern unseres Patientengutes nicht wesentlich von der vergleichbaren in der Gesamtbevölkerung unterscheidet. So liegt der Prozentsatz der Mütter, die bei der Geburt des Probanden 20 Jahre oder jünger waren, in allen Gruppen zwischen 4 und 6 v.H., gegenüber 5 v.H. in der Gesamtbevölkerung 1938. Der Anteil der über 40jährigen Mütter betrug zwischen 1 v.H. und 5 v.H., er lag in der Bevölkerung 1938 bei 3 v.H.

2. Die Größe der Familie der Suizidanten.

Auch in Bezug auf die Geschwisterzahl der Probanden ergibt sich kein Unterschied zwischen Suizidanten und Kontrollpatienten. Die in Tabelle 12 dokumentierten Verhältnisse entsprechen ziemlich genau denen in der Gesamtstudentenschaft.

Tab. 12: Die Geschwisterzahl der Probanden (ohne Ausländer, Zahlen in Prozent).

Geschwisterzahl	SV-Patienten (n=107)	Kontrollpat. (n=104)	Studentenschaft 1959 bis 1967 (nach KATH(32-35))
Einzelkind	20,6	22,1	17,8-21,4
ein Geschwister	34,6	35,6	33,6-34,6
zwei "	23,4	20,2	22,2-23,4
drei und mehr Geschwister	17,7	20,2	20,3-23,8
ohne Angabe	3,7	1,9	1,9- 4,2

Einzelkinder oder Kinder aus großen Familien sind nicht häufiger oder seltener vertreten als man nach den demographischen Daten aus der Gesamtstudentenschaft erwarten kann.

Ebenso bringt die Aufschlüsselung nach Diagnosekategorien bzw. nach Geschlecht der Probanden keine Auffälligkeiten. Auch das Zahlenverhältnis von gleich- zu gegengeschlechtlichen Geschwistern ist in allen Gruppen ähnlich, so daß auf eine eingehende Darstellung verzichtet werden kann.

Bei den Probanden aus größeren Familien fällt allerdings auf, daß sie relativ häufig eine Sonderposition in der Geschwisterreihe haben, also Erst- oder Letztgeborene sind. Von 44 Suizidanten aus Familien mit drei und mehr Kindern hatten 28 (64 v.H.) eine solche Sonderposition. Für die Kontrollgruppe errechnet sich ein Anteil von 51 v.H. Doch liegen diese Zahlen noch im Rahmen der statistischen Zufallswahrscheinlichkeit.

Zwillinge.

Von den 117 Suizidanten haben drei ein Zwillingsgeschwister. Ein weiterer Proband hat Zwillinge als Geschwister. Dagegen fehlen Zwillinge in der Kontrollgruppe bzw. in den Familien der Kontrollpatienten. In Anbetracht des relativ geringen Umfangs der Gruppen lassen sich jedoch aus dieser ungleichen Verteilung keine Schlüsse ziehen, zumal die Zahl der Zwillinge nicht größer ist als nach der allgemeinen Bevölkerungsstatistik zu erwarten wäre.

Denn bei einer Zwillingsgeburt auf etwa 90 Geburten ist mit je drei Zwillingsgeburten in den Familien der Suizidanten (insgesamt 262 Kinder) und denen der Kontrollgruppe (zusammen 253 Kinder) zu rechnen. Die tatsächlich angetroffenen vier Zwillingsgeburten bedeuten also weder für die SV-Gruppe eine auffällige Häufung noch für beide Gruppen zusammen eine Unterrepräsentierung.

3. Die soziale Herkunft.

Im folgenden soll dargestellt werden, aus welcher sozialen Schicht die suizidalen Probanden stammen und ob sie sich in Bezug auf ihre soziale Herkunft von der übrigen Studentenschaft unterscheiden. Dabei wird die soziale Herkunft in Ermangelung besserer Kriterien nach dem Beruf des Vaters und seinem Bildungsgrad bestimmt.

Tab. 13: Der Anteil der Väter mit abgeschlossenem Hochschulstudium (in Prozent).

Bildungsgrad des Vaters	SV-Patienten (n=117)	Kontrollpat. (n=117)	Studentenschaft Berlin 1961-67
Akademiker	28	34	35
kein Akademiker	67	58	64
ohne Angabe	5	8	1

Betrachtet man zunächst den Bildungsgrad der Suizidanten-Väter (Tab. 13), so ergibt sich keine besondere Auffälligkeit: 28 v.H. der Suizidanten haben einen Vater mit abgeschlossenem Hochschulstudium gegenüber 34 v.H. der Kontrollpatienten und 35 v.H. der Gesamtstu-

dentenschaft. Diese geringen Unterschiede sind statistisch nicht signifikant, man kann also sagen, daß Studenten aus Akademikerfamilien in unserer Statistik den "normalen" Verhältnissen gemäß proportional vertreten sind.

Auch zwischen den Diagnosegruppen "Psychose" und "Neurose" besteht kein Unterschied.

Eine Aufschlüsselung der Probanden nach dem Beruf des Vaters ist ergiebiger (Tab. 14).

Tab. 14: Der Beruf des Vaters (Zahlen in Prozent).

Berufsgruppe	SV-Patienten (n=117)	Kontrollpat. (n=117)	Studentenschaft Berlin 1959-67
Beamter	27	28	28
Angestellter	21	23	34
selbständige Berufe	33	34	30
Arbeiter	8	4	6
ohne genaue Angabe	11	11	2

Für die Gesamtgruppe der Suizidanten gilt, daß Kinder von Angestellten im Vergleich zur Gesamtstudentenschaft unterrepräsentiert sind; nur 21 v.H. der Suizidantengruppe sind Abkömmlinge von Angestellten gegenüber 34 v.H. der Studentenschaft an den Berliner Hochschulen. Dieser Unterschied ist statistisch signifikant ($p < 2,9$ v.H.). In den übrigen Berufskategorien gleicht die Suizidantengruppe der Gesamtstudentenschaft.

Die Kontrollgruppe neurotischer und psychotischer Studenten ohne Suizidversuch ähnelt der Suizidantengruppe in Bezug auf die soziale Herkunft weitgehend. Auch hier sind lediglich die Kinder von Angestellten signifikant unterrepräsentiert ($p < 4,2$ v.H.), sonst ergeben sich keine Auffälligkeiten.

Bei der weiteren Aufgliederung der Probanden nach der klinischen Diagnose zeigen sich - unabhängig vom suizidalen Verhalten - einige interessante Aspekte.

a) Psychotische Studenten stammen häufiger und neurotische Studenten seltener aus Beamtenfamilien als es den Verhältnissen in der Gesamtstudentenschaft entspricht. Dieser Unterschied ist in der SV-Gruppe signifikant ($p < 1,5$ v.H.), nicht dagegen in der Kontrollgruppe ($p < 5,5$ v.H.).

b) In der Kategorie "selbständige Berufe" sind die Väter neurotischer Suizidanten mehr als doppelt so häufig vertreten als die der psychotischen Suizidanten. Dieser Unterschied hat eine Zufallswahrscheinlichkeit von $p < 1,6$ v.H. und ist damit ebenfalls signifikant.

Dagegen erreichen die beschriebenen Auffälligkeiten beim Vergleich zur Gesamtstudentenschaft nicht das Signifikanzniveau.

Auch muß einschränkend gesagt werden, daß diese Ergebnisse mit einer gewissen Unsicherheit behaftet sind, da in über 10 v.H. der Fälle die Angaben unvollständig waren.

4. Exkurs: Arztkinder.

Bei der weiteren Aufgliederung des Untersuchungsmaterials in einzelne Berufe verdient der Umstand Beachtung, daß sich dreizehn Kinder von Ärzten unter den Suizidanten befanden gegenüber sieben in der Kontrollgruppe. Dabei handelt es sich vorwiegend um neurotische Patienten. In dieser Kategorie ist der Anteil der suizidalen Arztkinder mit 13 v.H. doppelt so groß wie in der Kontrollgruppe. Wegen der kleinen absoluten Zahlen erreicht dieser Unterschied allerdings keine statistische Signifikanz ($p < 9,0$ v.H.).

Die weitere Analyse zeigt indes, daß sich die suizidalen Arztkinder als Gruppe deutlich von den anderen Suizidanten abheben.

a) Arztkinder begehen häufiger als andere wiederholt Selbstmordversuche. Von den insgesamt elf in der Untersuchung erfaßten neurotischen Arztkindern wurden 21 Suizidversuche begangen, das sind 1,91 SV pro Patient gegenüber 1,32 SV pro Patient bei den übrigen suizidalen neurotischen Studenten. (Vgl. Tab. 18). Sechs der elf Arztkinder begingen mehr als einen SV, das sind mit 54 v.H. doppelt so viele wie in der Restgruppe (27 v.H.). Dieser Unterschied erreicht nicht ganz die statistische Signifikanz ($p < 6,8$ v.H.).

b) Suizidale Arztkinder stammen häufiger als andere aus unvollständigen Familien. Sieben der 13 Arztkinder, also mehr als die Hälfte, stammen aus "broken homes" gegenüber einem Drittel der anderen suizidalen Studenten. Dieser Unterschied beruht auf einer bemerkenswerten Häufung von Kindern aus geschiedenen Ehen bei den Abkömmlingen von Ärzten. Die Scheidungsquote ist bei diesen mit 31 v.H. viermal so groß wie in der Suizidantengruppe insgesamt. Dieser Unterschied ist statistisch signifikant ($p < 1,7$ v.H.).

Bei der Kontrollgruppe liegen die Verhältnisse ähnlich: Von den fünf neurotischen Arztkindern stammen zwei aus geschiedenen Ehen, also mit 29 v.H. mehr als dreimal so viele wie im Durchschnitt aller Kontrollpatienten (8 v.H.) bzw. der Nicht-Arztkinder (6,4 v.H.). Doch erreichen diese Unterschiede wegen der geringen absoluten Zahlen keine statistische Signifikanz ($p < 11,5$ v.H. bzw. $p < 8,2$ v.H.).

Trotzdem wird man folgende Schlüsse ziehen dürfen:

- Studierende Arztkinder begehen häufiger als andere Studenten einen Selbstmordversuch.
- Sie wiederholen diesen Versuch häufiger als andere.
- Arztkinder stammen häufiger aus geschiedenen Ehen.

Inwieweit mit letzterem ein Kausalfaktor für das Suizidgeschehen benannt ist, läßt sich nicht ohne weiteres entscheiden.

Aus der erhöhten Inzidenz von Abkömmlingen aus geschiedenen Ehen in der SV-Gruppe wie in der Kontrollgruppe könnte man zunächst versuchsweise folgern, daß elterliche Scheidung und die diesem Ereignis vorangehenden jahrelangen Disharmonien bei Arztkindern eine neurotische Entwicklung fördern (wie bei anderen Kindern auch), daß es dann aber für Arztkinder näher liegt, im Rahmen ihrer chronischen Problematik suizidales Verhalten zu zeigen. In den hier analysierten Fällen spielte jedoch ein direktes elterliches Beispiel keine Rolle. Wollte man der Scheidungsquote einen direkten suizidfördernden Einfluß zuschreiben, so müßte sie bei allen Suizidpatienten im Vergleich zur Kontrollgruppe Nicht-Suizidaler erhöht sein, das ist sie jedoch nicht.

c) Abschließend sei noch auf die Frage möglicher Selektionsfaktoren bei der Zusammensetzung der Gruppen eingegangen, die für die behandelten Unterschiede ebenfalls verantwortlich sein könnten.

Es ließe sich denken, daß Arztkinder auf Grund einer positiveren Einstellung gegenüber einer Psychotherapie bzw. einer stationären psychiatrischen Behandlung oder auf Grund vergleichsweise stärkerer elterlicher Intervention in die Universitätsnervenklinik und damit in diese Untersuchung gelangten.

Gegen den Einfluß solcher Faktoren spricht, daß sich die suizidalen Arztkinder in dieser Beziehung nicht besonders von den übrigen Suizidanten abheben: Die Verweildauer der Arztkinder in der Klinik entspricht mit 29 Tagen dem Durchschnitt der SV-Gruppe, amtsärztliche Einweisung tritt nicht seltener und eigenes Bemühen um eine Psychotherapie nicht häufiger auf (vgl. Tab. 19 und 20).

Ein direkter elterlicher Einfluß auf die Entscheidung der Probanden, in die Klinik oder die Studentensprechstunde zu gehen, läßt sich ebenfalls nicht nachweisen. Die Eltern von sieben der elf Arztkinder waren zum Zeitpunkt des SV entweder schon viele Jahre tot oder wohnten außerhalb Berlins. Die Krankenakten bieten im übrigen keinen Anhalt für persönliche Interventionen der nächsten Angehörigen.

Eine letzte Möglichkeit, den Unterschied als selektionsbedingt zu erklären, liegt in einer denkbaren unterschiedlichen Einstellung der einweisenden Ärzte gegenüber Arztkindern. Es wäre denkbar, daß Ärzte einen suizidalen Patienten eher in die Universitätsnervenklinik schicken, wenn sie wissen, daß es sich um ein Arztkind handelt. Dagegen spricht die Tatsache, daß die Hälfte der suizidalen Arztkinder schon mehr als einen SV verübt hatten, bevor sie in die Klinik kamen, von einer frühzeitigen Überweisung also keine Rede sein kann.

5. Die unvollständige Familie.

In der Suizidforschung nehmen die Untersuchungen über die unvollständige Familie, das "broken home", als möglicher ätiologischer Faktor bei suizidalen Handlungen und psychischen Störungen allgemein einen breiten Raum ein. Einen Überblick über die neuere Literatur gibt LEVI (38).

Als unvollständig wird im Rahmen dieser Untersuchung eine Familie verstanden, in der mindestens ein Elternteil vor dem 15. Lebensjahr des Patienten dauernd aus folgenden Gründen fehlte: Tod, Scheidung oder Trennung der Eltern, uneheliche Geburt des Patienten (Tab. 15).

Tab. 15: Die unvollständige Familie (Zahlen in Prozent).

	SV-Patienten (n=117)	Kontrollpat. (n= 117)	Studentenschaft 1963, 1967 (KATH (32-35)
uneheliche Geburt	4	1	unbekannt
Eltern geschieden	8	8	} zusammen 6
Eltern getrennt	2	1	
Tod des Vaters	17	22	22 bis 25
Tod der Mutter	5	8	4
alle Ursachen (keine Doppelzählungen)	34	35	31 bis 35

Insgesamt ein Drittel sowohl der Suizid- als auch der Kontrollpatienten stammt aus einer solchen unvollständigen Familie. Das erscheint hoch, entspricht jedoch völlig den Verhältnissen in der Gesamtstudentenschaft. Auch zwischen den einzelnen Diagnosekategorien besteht

kein wesentlicher Unterschied.

Die einzige Auffälligkeit betrifft die Kinder aus getrennten und geschiedenen Ehen. Sie sind im Verhältnis zur übrigen Studentenschaft überrepräsentiert. Dieser Unterschied gilt allerdings nur für die neurotischen Patienten beider Gruppen, 12 v.H. von ihnen stammen aus geschiedenen Ehen, während psychotische Patienten aus stabileren Ehen zu kommen scheinen. Wegen der kleinen absoluten Zahlen wird der Unterschied zur übrigen Studentenschaft jedoch erst statistisch relevant, wenn man die beiden Neurotikergruppen zusammenfaßt ($n=170$), was angesichts der weitgehenden Parallelität der Veränderungen in beiden Gruppen gerechtfertigt ist. Dann beträgt die Zufallswahrscheinlichkeit $p < 2,7$ v.H.

Auf die starke Häufung von Arztkindern aus geschiedenen Ehen in der Suizidantengruppe wurde schon hingewiesen. Es zeigt sich nun, daß die Familien von Nicht-Arzt-Kindern eine normale Scheidungsrate aufweisen und damit die erwähnte Besonderheit letzten Endes allein auf die bezüglich des Merkmals "elterliche Scheidungsziffer" besonders auffälligen Arztkinder zurückführbar ist.

Eine letzte Besonderheit betrifft das Alter der Patienten, in dem sie vom Verlust eines oder beider Eltern betroffen wurden. Die Suizidpatienten waren beim Verlust des Elters im Durchschnitt drei Jahre jünger, nämlich 5,8 Jahre alt, als die Mitglieder der Kontrollgruppe (8,7 Jahre).

6. Besondere Belastungen in der Familie.

Bei der eingehenden Analyse der Biographien unserer Probanden zeigte es sich, daß Familien der späteren Patienten zum Teil einer Vielzahl von Belastungen und Schicksalsschlägen ausgesetzt waren. Tabelle 16 stellt den Versuch dar, diese Belastungen und Schicksalsschläge zu systematisieren. Dabei wurde von der Vorstellung ausgegangen, daß es nicht nur für das aktuelle Verhalten,

sondern auch für die Strukturierung des Charakters eines Kindes von Bedeutung ist, wenn z. B. ein Elternteil an einer schweren chronischen Krankheit leidet. Über die Art dieser Bedeutung ist damit noch keine Aussage getroffen.

Tab. 16: Besondere Belastungen in der Familie.

<u>Art der Belastung</u>	<u>SV-Patienten</u>	<u>Kontrollpat.</u>
Schizophrenie	6	1
schwere chronische körperliche Krankheiten	9	1
schwere körperliche oder geistige Mängel	7	1
Suchtkrankheiten	7	2
Suizidversuche	3	3
Suizide	1	2
weitere Todesfälle (nur Geschwister)	4	8
bei x Patienten (keine Doppelzählungen)	32	18

Als "besondere Belastung" wurden alle akuten Ereignisse und chronischen Bedingungen registriert, die geeignet erschienen, die familiäre Situation der Probanden nachhaltig zu prägen.

Im einzelnen wurde darunter verstanden:

1. Geisteskrankheiten: es kamen nur Schizophrenien vor.
2. Suchtkrankheiten: es trat außer Alkoholismus auch eine Morphinsucht auf.
3. Schwere chronische körperliche Krankheiten: Tuberkulose, Multiple Sklerose, Asthma bronchiale.
4. Schwere körperliche und geistige Mängel: darunter sind Blindheit, Taubheit, Schwachsinn, Lähmungen nach Poliomyelitis gezählt.
5. Suizidversuche.
6. Suizide.
7. Weitere Todesfälle von Geschwistern.

Sämtliche Punkte beziehen sich nur auf Eltern und Geschwister, also die engsten Verwandten, da nur über diese hinreichend genaue Angaben vorhanden waren.

Bei den chronischen Belastungen wurde nur berücksichtigt, was genau definiert war und sich tatsächlich über Jahre hinzog. Funktionelle Krankheiten wie Migräne oder Magengeschwüre wurden nicht gezählt. Auch "Herzranke", "Leberranke" und "Magenranke" wurden in dieser Statistik nicht registriert, da in der Regel nicht klar war, was darunter zu verstehen war.

Tabelle 16 gibt Aufschluß über Art und Zahl der aufgetretenen Belastungen. An Ergebnissen ist folgendes festzuhalten:

a) Belastungen und Krankheiten der genannten Art kamen in der Suizidantengruppe bei 27 v.H. der Patienten vor, in der Kontrollgruppe dagegen nur bei 17 v.H. Dieser Unterschied ist statistisch signifikant ($p < 2,0$ v.H.).

b) Bei der Differenzierung nach Diagnosekategorien zeigte sich kein Unterschied zwischen suizidalen Psychotikern und psychotischen Studenten der Kontrollgruppe. In beiden Gruppen betrug der Anteil der Patienten, die in ihrer Kindheit solchen Belastungen ausgesetzt waren, 22 Prozent.

c) Demnach beruhen die Unterschiede zwischen SV-Gruppe und Kontrollgruppe allein auf Unterschieden bei den neurotischen Patienten. Chronische Krankheiten und andere Belastungen kamen bei den suizidalen Neurotikern zu 29 v.H., also doppelt so häufig vor als bei den Neurotikern der Kontrollgruppe (13 v.H.). Diese Differenz ist statistisch hochsignifikant ($p < 0,8$ v.H.).

d) Schizophrenien traten bei Familienmitgliedern der Suizidanten häufiger als bei denen der Kontrollgruppe auf, doch ist dieser Unterschied wegen der kleinen absoluten Zahlen nicht signifikant ($p < 6,3$ v.H.).

e) Ein Vergleich der Häufigkeit der übrigen Krankheiten ist wegen der kleinen Zahlen nicht sinnvoll. Es fällt aber auf, daß ausgerechnet Suizidversuche, Suizide und weitere Todesfälle bei Angehörigen der Kontrollpatienten häufiger waren, während insgesamt gesehen eine stärkere Häufung bei den suizidalen Patienten auftrat.

Zur Erklärung dieses Phänomens soll versuchsweise unterschieden werden zwischen

- akuten, sich in dramatischer Plötzlichkeit ereignenden Geschehnissen, wie es Suizidversuche, Suizide und andere Todesfälle sind (Katastrophenfälle) und
- chronischen, sich über viele Jahre erstreckenden, dauernd wirkenden Krankheiten und Mängeln, z. B. der Schizophrenie, der Tuberkulose, der Blindheit oder dem Alkoholismus.

Natürlich kommen auch bei letzteren akute Krisen vor, ebenso wie Selbstmorde und Selbstmordversuche nicht aus heiterem Himmel begangen werden, sondern Resultate von Entwicklungen sind.

Als Unterschied zwischen den beiden Gruppen ließe sich definieren, daß bei den chronischen Krankheiten und Gebrechen eine ständige, offenkundige Anwesenheit von Leiden gegeben war, die den Patienten bewußt war und von ihnen auch später als momentum irritans benannt wurde.

Tabelle 16 zeigt, daß in der Suizidantengruppe nur ein Drittel der Belastungen in der Familie aus akuten Ereignissen bestand gegenüber zwei Dritteln bei den Kontrollpatienten. Dieser Unterschied ist statistisch hochsignifikant ($p < 0,2$ v.H.).

7. Die psychische Gesundheit der Familie.

In den Rahmen der Erörterungen über besondere innerfamiliäre Belastungen, denen die Probanden in ihrer Kindheit ausgesetzt waren, gehört auch die Frage, wie es um die psychische Gesundheit der einzelnen Familienmitglieder bestellt war. Oben wurde schon erwähnt, daß bei sechs Familienangehörigen von Suizidanten

und bei einem der Kontrollgruppe eine Schizophrenie festgestellt worden war.

Des öfteren war in den Krankenakten auch die Rede von depressiven Familienangehörigen. Da jedoch die Art dieser Depressionen nicht ersichtlich war und nicht entschieden werden konnte, ob es sich um eher kurzfristige Verstimmungszustände, um reaktive oder um endogene Depressionen handelte, wurde darauf verzichtet, derartige unsichere Informationen statistisch auszuwerten.

Stattdessen sei hier auf ein "hartes" Faktum zurückgegriffen, das in der Sozialmedizin und der Sozialpsychiatrie eine Rolle spielt. In diesen Disziplinen wird der gesundheitliche Zustand einer Population unter anderem daran gemessen, wieviele der Mitglieder dieser Population in stationärer klinischer Behandlung waren. Es ist klar, daß eine solche Häufigkeitsangabe gerade auf dem Gebiet der Psychiatrie nur eine orientierende Funktion haben kann und genaue Felduntersuchungen nach sich ziehen muß.

Im Rahmen dieser retrospektiven Untersuchung, die sich auf das vorhandene, nicht erweiterbare Material stützen muß, ist die Heranziehung derartiger Daten legitim, um einen orientierenden Überblick über die seelische Gesundheit der Familien der Probanden zu gewinnen.

Insgesamt zehn Familienangehörige, also Eltern oder Geschwister, von Suizidpatienten befanden sich schon einmal als Patienten in einer psychiatrischen Klinik, während es bei den Patienten der Kontrollgruppe nur zwei waren. Dieser Unterschied ist statistisch signifikant ($p < 1,6$ v.H.).

8. Körperliche Krankheiten der Suizidanten während Kindheit und Jugend.

Im Gegensatz zu den oben geschilderten Befunden über die Familienmitglieder der Patienten läßt sich in Bezug auf eigene Leiden und Krankheiten in Kindheit und Jugend keine Besonderheit feststellen.

Weniger als 10 v.H. der Suizidanten wie der nicht-suizidalen Studenten waren vor ihrem 18. Lebensjahr wegen einer körperlichen Krankheit in klinischer Behandlung gewesen. Abgesehen von vegetativen und psychosomatischen Beschwerden - sie wurden oben erwähnt - ergab sich etwa in der Suizidantengruppe nur in zwei Fällen eine langwierige Krankheit während der Kindheit.

Diese zahlenmäßig geringe Bedeutung eigener Krankheiten im Leben der Studenten ist verständlich, wenn man bedenkt, daß körperliche Gebrechen wie Blindheit einen echten Hinderungsgrund für eine längere Schulbildung und ein späteres Studium darstellen. Auch chronische Krankheiten wie eine Lungentuberkulose erschweren die erforderliche Ausbildung und mindern somit die Wahrscheinlichkeit, überhaupt ein Studium beginnen zu können.

9. Fluchtereignisse in Kindheit und Jugend.

Als ein das persönliche Schicksal entscheidend veränderndes Ereignis gilt der Verlust der Heimat durch Flucht und Vertreibung. Ob die vom Kind erlebte Flucht mit ihren dramatischen Begleitumständen eine Bedeutung für die seelische Entwicklung des Kindes hat und inwiefern sie für spätere seelische Erkrankungen und Konflikte einen ursächlichen Faktor darstellt, ist eine offene Frage. Ihrer Beantwortung soll zunächst über eine Analyse der Häufigkeitsverteilungen von Fluchterlebnissen in den einzelnen Gruppen nähergekommen werden.

Nach der politischen Entwicklung in Mitteleuropa seit dem letzten Weltkrieg und dem Alter der Probanden lassen sich zwei Gruppen von Fluchterlebnissen unterscheiden. Die erste betrifft die Flucht aus den ehemals deutschen Ostgebieten zum Kriegsende und danach, fand also ausnahmslos in der Kindheit der Patienten statt. Flüchtlinge dieser Kategorie sollen hier wie in der amtlichen Statistik "Heimatvertriebene" genannt werden.

Fluchtereignisse der zweiten Art fanden in der Regel in der Jugend der Betroffenen statt. Es handelte sich dabei um die Flucht aus der Sowjetischen Besatzungszone (SBZ) und späteren DDR. Patienten dieser Gruppe sollen hier "Flüchtlinge" genannt werden.

Tab. 17: Der Anteil der Heimatvertriebenen und Flüchtlinge
(Zahlen in Prozent).

	SV-Patienten (n=107)	Kontrollpat. (n=104)	Studentenschaft Freie Universität 1958-1969
Heimatvertriebene	11	13	15-17 (KATH)
Flüchtlinge	32	20	28-1,4 11 (Durchschnitt)
beides	5	5	
Ohne Angabe	7	5	

Tabelle 17 zeigt den Anteil von Heimatvertriebenen und Flüchtlingen an unserem Patientengut sowie die entsprechenden Vergleichszahlen aus der Berliner Gesamtstudentenschaft. Diese wies auf Grund der besonderen politischen Situation Westberlins in den fünfziger Jahren einen beträchtlichen Anteil von aus der DDR stammenden Studenten auf: 1958 waren es an der Freien Universität Berlin 28 Prozent. Entsprechende Zahlen für die anderen wissenschaftlichen Hochschulen in Westberlin fehlen, doch dürften sie ähnlich lauten.

Die völlige Trennung der Verbindungen zwischen Ost- und Westberlin im August 1961 hatte zur Folge, daß der Anteil der aus der DDR und Ostberlin stammenden Studenten an der Westberliner Studentenschaft ständig sank. 1969 betrug er für die Freie Universität noch 1,4 v.H. Im Mittel der Jahre 1958 bis 1969 ergibt sich ein durchschnittlicher Wert von 11 v.H.

Betrachtet man zunächst die Zahl der Heimatvertriebenen unter den Probanden, so erweist sich, daß SV-Patienten und Kontrollpatienten nicht häufiger als andere Studenten aus ihrer Heimat vertrieben wurden, also eine Flucht in ihrer Kindheit erlebten. Die einzige Ausnahme scheint mit einem relativen Anteil von 28 v.H. die Gruppe der suizidalen Psychotiker zu bilden. Doch erreicht dieser Unterschied nicht die Grenze der statistischen Wahrscheinlichkeit, so daß man ihn im Rahmen der übrigen Diagnosegruppen als zufällige Häufung interpretieren kann.

Dagegen ist die Zahl der Flüchtlinge in beiden Gruppen im Vergleich zur Gesamtstudentenschaft deutlich erhöht. Mit 34 Patienten gehörten 32 v.H. der SV-Patienten zu den Flüchtlingen. Dieser Unterschied zur Gesamtstudentenschaft ist hochsignifikant ($p < 0,1$ v.H.). Mit 20 Prozent ist der Anteil von Flüchtlingen in der Kontrollgruppe weniger ausgeprägt, doch immer noch signifikant höher als in der Berliner Studentenschaft ($p < 2,8$ v.H.).

Auch zwischen SV-Gruppe und Kontrollgruppe besteht ein klarer Unterschied: Suizidanten waren in ihrer Jugend statistisch signifikant häufiger geflüchtet als Angehörige der Kontrollgruppe ($p < 3,5$ v.H.).

Die Gliederung der Flüchtlinge nach der psychiatrischen Diagnose verschafft uns näheren Aufschluß. Suizidale Psychotiker und psychotische Studenten der Kontrollgruppe weisen eine annähernd gleich hohe Zahl von Flüchtlingen auf (37 v.H. bzw. 32 v.H.). Der Unterschied zur Berliner Gesamtstudentenschaft ist statistisch hochsignifikant ($p < 0,6$ v.H.). Bei den Neurotikern beider Gruppen dagegen waren unter den Suizidanten mit 30 v.H. der Gruppe doppelt so viele Flüchtlinge als unter den neurotischen Kontrollpatienten. Dieser Unterschied ist statistisch signifikant ($p < 2,6$ v.H.).

Somit gilt festzuhalten, daß in den Psychotiker-Gruppen die Häufigkeit von Fluchterlebnissen eine Variable der psychiatrischen Diagnose ist und nicht speziell mit dem Faktum eines Suizidversuches korreliert, während bei den Neurotikern die Häufigkeit von Fluchtereignissen in der Jugend mit dem späteren suizidalen Verhalten zusammenhängt.

Abschließend sei noch das Durchschnittsalter der Probanden bei der Vertreibung bzw. Flucht referiert. Die Suizidanten waren zum Zeitpunkt der Vertreibung durchschnittlich 5,8 Jahre und die Kontrollpatienten 4,0 Jahre alt. Für das Alter bei der Flucht lauten die Zahlen 17,2 Jahre bzw. 17,0 Jahre (Kontrollpatienten). Die Einschätzung der Bedeutung von Fluchterlebnissen im Leben des Einzelnen erfolgt unten.

10. Die Schulzeit.

Bei Durchsicht der Angaben zur Schulzeit der Probanden waren keine Auffälligkeiten erkennbar. Sowohl in äußeren Daten, wie Unterbrechung der Schule oder Besuch eines Internats, als auch im Leistungsbereich lassen sich keine bedeutenden Unterschiede zur "normalen" Studentenschaft bzw. Schülerschaft feststellen.

a) Besuch eines Internats.

Von 117 Suizidanten wohnten sieben (6 v.H.) während der Schulzeit in einem Internat und schlossen meist auch dort ihre schulische Ausbildung ab. Eine gleiche Zahl findet sich in der Kontrollgruppe.

b) Unterbrechung der schulischen Ausbildung.

Eine längere Unterbrechung der Schulzeit (ein Jahr oder länger) wegen einer Krankheit bzw. zum Zwecke der Berufsausbildung fand sich bei sechs Suizidanten und vier Angehörigen der Kontrollgruppe. Diese 10 Patienten kehrten dann zur Oberschule zurück und bestanden das Abitur.

Weitere zehn Probanden (vier Suizidanten und sechs Kontrollpatienten) brachen die Oberschule endgültig ab, absolvierten dann eine Berufsausbildung und holten das Abitur auf der Abendschule nach. Das bedeutet, daß etwa vier Prozent der Probanden auf dem sogenannten zweiten Bildungsweg an die wissenschaftliche Hochschule gelangten, was den Verhältnissen in der Gesamtstudentenschaft entspricht (KATH (35)).

c) In diesem Zusammenhang sei noch erwähnt, daß drei Suizidanten und fünf Kontrollpatienten ohne Abitur, also mit der sogenannten kleinen Matrikel studieren und das Abitur während der Studienzeit nachholen müssen.

d) Schulische Leistungen.

Von guten bis sehr guten schulischen Leistungen berichteten 30 Probanden (davon 19 Suizidanten). 15 Patienten, darunter 9 Suizidanten, waren einmal in der Oberschule sitzengeblieben.

Diese Zahl erscheint eher niedrig und weist darauf hin, daß echte intellektuelle Minderbegabung bei den untersuchten Patienten praktisch nicht vorkam und als Grund für Belastungen im Sinne einer ständigen Überforderung ausscheidet. (Vgl. auch den Abschnitt über Leistungen im Studium).

11. Psychologische Besonderheiten in Kindheit und Jugend.

Welche Auffälligkeiten zeigten die suizidalen Patienten in ihrer Kindheit und Jugend? Sind Eigentümlichkeiten feststellbar, die eine Beziehung zum späteren suizidalen Verhalten haben?

Zur Klärung dieser Fragen sei zunächst dargestellt, welche Besonderheiten aus der Kindheit der Probanden bekannt sind. Aus technischen Gründen wird im folgenden nur auf die 85 suizidalen neurotischen Patienten Bezug genommen.

a) Auffälligkeiten in der Kindheit (Vorschulalter).

Es berichteten 22 neurotische Suizidanten, also ein Viertel der Gruppe, von Verhaltensauffälligkeiten in ihrer Kindheit. Dieser Anteil dürfte zu niedrig sein, da bei 43 Patienten (40 v.H.) die Angaben über die Kindheit unvollständig waren. Diese bedauerliche Lücke ist auf die ambulanten Patienten zurückzuführen, die in der Regel nur einmal exploriert wurden, wobei natürlich deren aktuelle Situation im Vordergrund stand. (Ein realistisches Bild über die Häufigkeit von kindlichen Verhaltensstörungen ergäbe sich also, wenn nur die 50 stationär behandelten suizidalen Neurotiker herangezogen würden. Von diesen zeigten 38 v.H. derartige Auffälligkeiten.)

An der Spitze der Symptomskala standen Schwierigkeiten in der Sauberkeitserziehung: Sieben Kinder waren bis ins Schulalter hinein Bettnässer.

Schlafstörungen wurden in fünf Fällen berichtet. Es handelte sich um Ein- und Durchschlafstörungen, die auch später bestehen blieben oder nach einem symptomfreien Intervall wieder auftauchten. Bei zwei Kindern trat Schlafwandeln auf.

Aus der Reihe kindlicher Verhaltensauffälligkeiten verdient das Weglaufen besondere Erwähnung, wird es doch von manchen Untersuchern als Selbstmordäquivalent im Kindesalter angesehen. Es kam bei drei Kindern vor.

b) Verhaltensauffälligkeiten in der Schulzeit (Latenzzeit).

Bei 14 Patienten setzte sich während der Schulzeit die Symptomatik des Kindesalters in meist etwas veränderter Form fort. Es handelt sich also um 16 v.H. der Gesamtgruppe und zwei Drittel der Patienten mit Auffälligkeiten im Vorschulalter.

Bei weiteren 21 Studenten, das ist ein Viertel der Gesamtgruppe, zeigte sich erstmals während der Schulzeit eine auffällige Symptomatik. Dabei standen Kontaktstörungen im Vordergrund: Die Patienten waren entweder als Einzelgänger, Sonderlinge, Außenseiter verschrien oder führten ein völlig unauffälliges, von der Klassengemeinschaft isoliertes Dasein, was sie trotz ihres Bedürfnisses nach Freundschaften und entsprechender Bemühungen nicht überwinden konnten.

Die in dieser Form offenbar werdenden Kontaktschwierigkeiten hielten in der Regel über längere Zeit an und setzten sich oft bis ins Studium hinein fort. In einem Teil der Fälle spielten sie in der Motivation des Selbstmordversuches wie oben erwähnt dann eine Rolle.

Ein weiterer Symptomenkreis umfaßt "Hemmungen", oft verbunden mit körperlichen Manifestationen wie Erröten, Schwitzen und Herzklopfen.

Schließlich sind noch Autoritätskonflikte zu nennen, die zum Teil eine vorübergehende Unterbrechung der schulischen Ausbildung herbeiführten.

c) Während der Pubertät auftretende Auffälligkeiten.

Wiederum bei zwei Dritteln der Patienten mit einer bereits bestehenden Symptomatik (27 Patienten) setzten sich die Auffälligkeiten meist in akzentuierter Form in der Pubertät fort.

In zehn Fällen trat in diesem Lebensabschnitt erstmals eine Symptomatik auf. Sie äußerte sich in Depressionen, sexuellen Schwierigkeiten und Konversionssymptomen wie Gangstörungen und psychogenen Anfällen.

Auch die schon erwähnten acht Suizidversuche vor Beginn des Studiums wären hier zu nennen. Diesen suizidalen Handlungen, meist impulsiv begangen, lagen immer stark konflikthafte Beziehungen zu den Eltern zugrunde.

Zusammenfassend ergibt sich folgendes Bild: Von 85 neurotischen Suizidanten wiesen 53, also zwei Drittel, schon während Kindheit und Jugend psychische Verhaltensstörungen auf. In zwölf Fällen waren derartige Auffälligkeiten nach den Unterlagen nicht vorhanden, während bei 20 Patienten die Angaben hierüber unzureichend waren.

Was im einzelnen als Besonderheit registriert wurde, hatte oft einen Bezug zur gegenwärtigen Symptomatik und Problematik des Patienten. Motivische oder gar kausale Zusammenhänge mit dem suizidalen Verhalten deuten sich nur insoweit an als schon seit der Kindheit bestehende Kontaktstörungen später einen Selbstmordversuch motivierten.

Im übrigen liegt die ganze Skala kindlicher Verhaltensstörungen vor, wie sie in gleicher Weise in der Kindheit und Jugend nicht-suizidaler neurotischer Individuen auftritt. Eine Antwort auf die Frage nach spezifischen Determinanten suizidalen Verhaltens läßt sich also auf dem Wege einer Symptomstatistik nicht finden, dazu sind mit psychoanalytischer Methodik erstellte Fallstudien erforderlich, während die hier verwendeten Unterlagen in dieser Hinsicht nur einige Fingerzeige geben können.

12. Die psychologische Bedeutung von Ereignissen in der Kindheit.

Die eben genannten Einschränkungen gelten auch, wenn man der Frage nachgeht, welche Bedeutung Kindheitserlebnisse wie die Flucht oder die oben genannten Belastungen für die aktuelle Problematik und die Suizidalität der Probanden haben.

a) Chronische Krankheit eines Familienmitgliedes.

Eine chronische Krankheit, wie sie die Tuberkulose darstellt, ist geeignet, den Familienverband praktisch aufzulösen. Sie führte z. B. dazu, daß der Erkrankte über Jahre in einer Lungenheilstätte lebte und die Kinder nach dem Tode der Mutter auf verschiedene Kinderheime verteilt wurden. In einem anderen Falle kam es während einer solchen langjährigen Behandlung zur Scheidung der Eltern, die Kinder pendelten in der Folgezeit zwischen beiden Elternteilen hin und her. Es kam auch vor, daß die Kinder von einem erkrankten Elternteil infiziert wurden und eines schließlich an der Tuberkulose starb.

Die psychologischen Dimensionen solcher Verläufe lassen sich nach den vorhandenen Unterlagen nicht völlig abschätzen. Doch sind zweifellos Ängste, das Gefühl der Ohnmacht, Feindseligkeit und damit verbundene Schuldgefühle in den innerfamiliären Beziehungen in verstärktem Maße wirksam.

b) Körperliche oder geistige Mängel eines Familienmitgliedes.

Deutlicher läßt sich beschreiben, was beispielsweise Taubheit oder Schwachsinn eines Geschwisters für die Familiensituation bedeuteten. Solche Gebrechen verschärften die Rivalitätsproblematik unter den Geschwistern. Das behinderte Kind erhielt nämlich verständlicherweise mehr Zuwendung von den Eltern, was von den übrigen Geschwistern mit Eifersucht und dem Gefühl, zu kurz zu kommen, aufgenommen wurde. Diese feindseligen Impulse zogen regelmäßig heftige Schuldgefühle nach sich, die mit besonderer Fürsorglichkeit beschwichtigt wurden. So wurde das behinderte Kind nach außen hin bedingungslos verteidigt.

c) Katastrophenfälle, wie der plötzliche Tod eines Familienangehörigen.

Auch die Auswirkung solcher Ereignisse läßt sich ganz allgemein mit der Verstärkung von Schuldgefühlen und nachfolgenden Selbstbestrafungstendenzen beschreiben. Nur scheinen sie eher dem Vergeben bzw. der Verdrängung anheimzufallen als etwa die ständige ambivalente schuldhaft Auseinandersetzung mit einem verkrüppelten Geschwister.

d) Alkoholismus.

Wenn ein Elternteil alkoholsüchtig war, wurde der Familienzusammenhalt regelmäßig schwer beeinträchtigt. Die elterlichen Beziehungen waren von Streit und Gewalttätigkeit geprägt. Bei den Kindern waren Hilflosigkeit, Verachtung, Ekel und Scham zu beobachten. Was darüber hinaus an unbewußten Charakterprägungen stattfand, läßt sich nur ahnen. Es sei nur darauf hingewiesen, daß ein Teil der Suizidanten mit alkoholsüchtigen Eltern selber eine Suchtneigung und Verwahrlosungstendenzen zeigte.

e) Fluchterlebnisse.

Eine systematische Befragung der Patienten darüber, wie die Flucht in Kindheit und Jugend erlebt wurde, hat nicht stattgefunden, so daß also auch hierzu nur Anmerkungen möglich sind.

Die Flucht bei Ende des letzten Weltkrieges, als die meisten Patienten noch im Vorschulalter waren, erfolgte in der Regel zusammen mit der Familie. Wenn der Familienverband als Ganzes die Flucht intakt überstand, schienen auch die Kinder keinen ins Auge fallenden Schaden davongetragen zu haben. Nur in einzelnen Fällen erinnerten sie die Patienten mit großer Deutlichkeit an die Greuel der Flucht, vor allem an die toten Menschen und Tiere, die mit Ekel und Angst erlebt wurden.

Ganz anders ist die Flucht zu bewerten, wenn sie in der Pubertät stattfand. (Das Durchschnittsalter betrug, wie schon erwähnt, 17 Jahre). Entscheidend ist, daß von den 34 Patienten dieser Gruppe insgesamt 22 allein, unter Zurücklassung ihrer Familie, flüchteten. Die Flucht bedeutete dann die endgültige Trennung von den Eltern, manchmal sogar den Bruch mit ihnen, oder auch Schuldgefühle wegen des Verlassens der Eltern. Die Flucht in diesem Lebensalter entsprang den eigenen Wünschen zumeist nach einer in der DDR nicht möglichen Berufsausbildung, manchmal verbunden mit einer tiefen Unzufriedenheit über die häuslichen Verhältnisse. Sie bedeutete Selbständigkeit und oft genug Isolation. In einigen Fällen nahm die zum Selbstmordversuch führende Problematik hier ihren sichtbaren Anfang.

Als Fazit läßt sich feststellen, daß die genannten Ereignisse und Belastungen für sich genommen in der Entwicklung zum Suizid wohl keine kausale Bedeutung haben. Nur im Rahmen der Lebensgeschichte besitzen sie einen Stellenwert, der sich durch das Maß der von ihnen mobilisierten und verstärkten destruktiven Impulse bestimmt. Denn das scheint ihnen allen gemeinsam zu sein: Sie gingen mit feindseligen Gefühlen, Ängsten und Schuldgefühlen einher.

13. Diskussion der Ergebnisse.

Die soziale Herkunft.

Wie man aus amtlichen Statistiken und zahlreichen Untersuchungen weiß, ist die Häufigkeit suizidaler Handlungen in den verschiedenen sozialen Klassen unterschiedlich groß (STENGEL (63), DUBLIN (14)). Nach englischen Statistiken ist die Selbstmordquote bei Akademikern am höchsten, es folgen die leitenden Angestellten und selbständigen Geschäftsleute, während andere Angestellte, Facharbeiter und angelernte Arbeiter seltener Selbstmord begehen. Ungelernte Arbeiter weisen wieder eine hohe Selbstmordziffer auf (zitiert nach STENGEL (63)).

Für die Bundesrepublik Deutschland ergeben sich ähnliche Verhältnisse, wie man aus einer Veröffentlichung des Statistischen Bundesamtes schließen kann (Beruf und Todesursache (3)). Diese Untersuchung bringt allerdings aus methodischen Gründen nur Verhältniszahlen, die sich auf die Zahl der Gestorbenen und nicht auf die jeweilige Zahl der Angehörigen eines Berufes beziehen. Deshalb ist sie in diesem Rahmen für einen direkten Vergleich nicht geeignet.

Die in den verschiedenen Gesellschaftsschichten und unter verschiedenen sozioökonomischen Bedingungen unterschiedlichen Selbstmordziffern haben von jeher das Interesse der Sozialwissenschaftler erregt. Es sei nur daran erinnert, daß EMIL DURKHEIM mit seinem Werk "Le Suicide" (1905) die Soziologie in Methodik und Theorienbildung als eigenständige Wissenschaft etablierte.

Einen kritischen Überblick über neuere soziologische Theorien in der Selbstmordforschung gibt DOUGLAS (13). In seiner Kritik werden die Schwierigkeiten hervorgehoben, die bei übergreifenden Erklärungsversuchen eines jeweils individuellen Verhaltens entstehen, wenn die Analyse von Einzelfällen vernachlässigt wird.

Zur Interpretation unserer Ergebnisse müssen auch die Resultate der Forschung über die Zusammenhänge zwischen psychischen Krankheiten und sozialer Klasse herangezogen werden, da es sich bei den Probanden um solche handelte, die in psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung gelangten und diagnostisch beurteilt wurden.

Nach amerikanischen Untersuchungen (HOLLINGSHEAD und REDLICH (31), RENNIE et alii (55), zitiert nach FRIED (21)) ist die Häufigkeit psychiatrischer Erkrankungen in den verschiedenen sozialen Klassen unterschiedlich groß. Dabei zeigt sich eine signifikante Häufung in der untersten Klasse (angelernte und ungelern-te Arbeiter), während die Zahl psychiatrischer Patienten für die übrigen Klassen unter der Erwartungshäufigkeit lag.

Für die Bundesrepublik Deutschland existieren ähnlich umfangreiche Untersuchungen bis jetzt nicht. In einer Studie, die FLEGEL und SCHÜTT (18) in Düsseldorf durchführten, deuten sich aber ähnliche Beziehungen an. Die Autoren stellten eine Prävalenz von Angehörigen der sozial niedrigeren Schicht bei den Diagnosen "abnorme Reaktion", Schizophrenie und Alkoholismus fest. HÄFNER et al. (28) stellten in ihrer ökologischen Untersuchung der "Inzidenz seelischer Erkrankungen in Mannheim 1965" fest, daß die Wohngebiete mit niedrigstem Standard und mit slumähnlichem Charakter die höchsten Inzidenzraten an seelischen Erkrankungen aufweisen.

Bei der hier untersuchten Studentengruppe ließ sich keine Korrelation zwischen der sozialen Herkunft und der Häufigkeit suizidaler Handlungen feststellen. Kinder von Arbeitern wie von Akademikern sind den Verhältnissen in der Gesamtstudentenschaft entsprechend proportional vertreten, während bei LUNGERSHAUSEN (40) suizidale Studenten häufiger aus Akademikerfamilien stammten.

Die hier beschriebenen Auffälligkeiten hängen vielmehr, wie die Kontrollgruppe beweist, mit der klinischen Diagnose "Neurose" und "Psychose" zusammen. Die in allen Untergruppen vorkommende Unterrepräsentierung der Kinder von Angestellten könnte Ausdruck einer vergleichsweise häufiger bei Angestellten und deren Familien anzutreffenden "psychischen Gesundheit" sein. Dabei ist noch einmal darauf hinzuweisen, daß eine Berufsbezeichnung wie "Angestellter" natürlich nur eine verhältnismäßig ungenaue Definition für den sozialen Status und das soziale Milieu, dem ein Mensch angehört, darstellen kann.

Warum Beamtenkinder unter den schizophrenen Studenten in so auffälliger Weise überrepräsentiert sind, läßt sich nicht mit Sicherheit sagen. Es könnte sich hierbei um ein durch Selektionsfaktoren bedingtes Artefakt handeln. Auch an die Möglichkeit, daß sich hier Zusammenhänge zwischen sozialer Schicht und Schizophrenie-Häufigkeit, vermittelt durch schichtenspezifische Erziehungsweisen, andeuten könnten, muß gedacht werden.

Der hohe Anteil von Arztkindern unter den suizidalen Studenten dagegen fügt sich gut in das schon bekannte Bild ein.

In der englischen Todesursachenstatistik (zitiert nach STENGEL (63)) haben Ärzte und Zahnärzte die höchste Suizidrate überhaupt und eine doppelt so hohe Rate wie der Durchschnitt der Bevölkerung. Eine amerikanische Studie von BLACHLY et alii (4) kommt zu ähnlichen Ergebnissen. Die schon erwähnte Untersuchung "Beruf und Todesursache" zeigt für deutsche Verhältnisse bei selbständigen Ärzten eine klare Häufung von Selbstmorden.

Da - wenigstens in den hier untersuchten Fällen - ein direktes elterliches Beispiel ausgeschlossen werden konnte, mag die Häufung suizidaler Handlungen bei Arztkindern auf den ersten Blick überraschen. BLACHLY (4) betrachtet den Suizid als "eine erlernte Weise, Probleme zu lösen" und will damit auch die "Kontagiosität" suizidalen Verhaltens erklären. Er meint, daß die Menschen, die auf Grund ihres Berufes "die größte Erfahrung mit dem Selbstmord und anderen Gewalttaten" haben, auch eher einen gewaltsamen Tod zur Lösung von Schwierigkeiten erwägen.

Es läßt sich denken, daß das mutatis mutandis auch für Angehörige von Ärzten gilt: Die größere Vertrautheit mit dem Tod und speziell dem gewaltsamen Tod und eine daraus resultierende Haltung gegenüber der Möglichkeit des eigenen Todes teilt sich den Kindern mit. Der Selbstmord erscheint nicht als ein gesellschaftliches Tabu im Sinne einer sittlich "verwerflichen Handlungsweise" (MENNINGER-LERCHENTHAL (42)), sondern vielmehr als reale Möglichkeit.

Bei dieser Interpretation darf jedoch nicht übersehen werden, daß die Suizidanten ganz bestimmte Persönlichkeiten waren, die auf ihre Probleme schließlich mit diesem extremen "Lösungsversuch" reagierten. So geht aus der erwähnten Untersuchung von BLACHLY et al. hervor, daß 39 v.H. der suizidalen Ärzte Alkoholabusus und 21 v.H. Medikamentenabusus betrieben hatten. Annähernd zwei Drittel der Suizidanten hatten sich schon einmal in psychiatrischer Behandlung befunden.

Daß Ärzte - nach BLACHLY et al. (4) und REID (54) gerade auch junge Ärzte -, Arztkinder und Medizinstudenten (siehe unten) häufiger suizidale Handlungen begehen, unterstreicht die Notwendigkeit, in der Suizidforschung und in der Sozialpsychiatrie allgemein nicht nur umfassende epidemiologische Untersuchungen anzustellen, sondern auch die Aufmerksamkeit bestimmten "Risikogruppen" zuzuwenden.

Familiäre Auffälligkeiten.

Die Forschung über die Bedeutung des "broken home", der unvollständigen Familie, für spätere psychische Auffälligkeiten hat zu höchst widersprüchlichen Ergebnissen geführt. Als Ursachen hierfür gelten nach den Arbeiten von GREGORY (27), BRATFOS (7) und DENNEHY (11):

- a) unterschiedliche Definitionen des broken home,
- b) statistische Probleme, wie Verwendung nicht repräsentativer Kontrollgruppen,
- c) mangelnde Berücksichtigung übergreifender Variablen, wie Geburtsdatum (die Sterblichkeit ist in den letzten Jahrzehnten gesunken, die Scheidungsziffer aber gestiegen), Alter der Eltern bei der Geburt der Probanden (mit zunehmendem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit, daß ein Elternteil noch in der Kindheit des Probanden stirbt (MORAN (47))),
- d) ~~sozio~~ökonomischer Status (Mortalität und Scheidungsziffer sind in den unteren sozialen Schichten höher).

Nach GREGORY (27) ließ sich bisher statistisch eine Bedeutung des broken home nur für Delinquenten, vor allem für jugendliche Delinquenten, und für "soziopathische Persönlichkeiten" sichern. BRATFOS (7) fand in einer umfangreichen Untersuchung eine statistisch signifikante Korrelation des broken home mit den Diagnosen "Alkoholismus/Sucht" und "Psychopathie".

Für die Suizidforschung hieße das: Der in manchen Untersuchungen gefundene hohe Anteil von Suizidanten aus unvollständigen Familien ist auf eine Häufung von bestimmten Persönlichkeiten (bzw. psychiatrischen Diagnosen) zurückführbar.

----Der Zusammenhang zwischen Sucht und suizidalem Verhalten ist bekannt.

----Auch abgesehen von der theoretischen Einstellung des Untersuchers wird bei auslesefreien Gruppen von Suizidanten relativ oft die Diagnose "Psychopathie" gestellt, bei FEUDEL (17) beispielsweise in der Hälfte der Fälle.

Das Ergebnis dieser Untersuchung stützt die Hypothese. Dabei ist von besonderer Bedeutung, daß die oben genannten Schwierigkeiten berücksichtigt werden konnten.

- a) Es wurde von einer engen Definition des broken home ausgegangen, insofern als nur die permanente Abwesenheit eines oder beider Elternteile gezählt wurde.
- b) Die Kontrollgruppe nicht-suizidaler Studenten kann als repräsentativ gelten.
- c) Suizidanten, Kontrollpatienten und Gesamtstudentenschaft wurden im selben, relativ kurzen Zeitraum geboren, in dem sich die Mortalität nur unwesentlich änderte. Auch für das Alter der Eltern zum Zeitpunkt der Geburt der Probanden ergeben sich keine statistisch relevanten Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen.
- d) Die Differenzierung der einzelnen Gruppen nach der sozialen Herkunft ergab keine Auffälligkeiten: Weder Abkömmlinge von Akademikern noch solche von Arbeitern waren überrepräsentiert. (Die beschriebenen Besonderheiten bei Kindern von Angestellten und Beamten waren nicht mit dem suizidalen Verhalten korreliert.)
- e) Schließlich waren Patienten, bei denen ein Alkoholabusus festgestellt wurde, nur in sehr geringem Maße vertreten. Auch die Diagnose "Charakterneurose", die noch am ehesten dem Psychopathie- bzw. Soziopathiebegriff nahek kommt, wurde nur selten gestellt.

Nach Ausschaltung dieser Variablen kann es nicht verwundern, daß der Anteil der aus unvollständigen Familien stammenden Studenten in allen Gruppen gleich ist. Auch die Zahlen, die LUNGERSHAUSEN (40) mitteilt, weichen davon nicht ab. Er fand bei Studenten, die einen Suizidversuch begangen hatten, daß in 26 v.H. der Fälle ein oder beide Eltern verstorben waren.

In der hier vorliegenden Untersuchung war einzig der Anteil der aus geschiedenen Ehen stammenden Studenten - unabhängig vom suizidalen Verhalten - signifikant erhöht. Wie die weitere Analyse dann erwies, ließ sich das auf die besonders instabilen Arzteen zurückführen. Inwieweit dieser Befund verallgemeinert werden kann, sei dahingestellt. Er sollte jedoch als Hinweis darauf gewertet werden, daß in der epidemiologischen Forschung selbst unbestreitbar vorhandene Korrelationen weiter analysiert werden sollten.

Beschränkt sich ein Teil der psychiatrischen Suizidforschung auf die Beschreibung von vorwiegend quantitativ erfaßbaren Phänomenen, wie es z. B. der Tod eines Angehörigen darstellt, so widmen sich andere Untersuchungen der Analyse der Bedingungen, die die Familiensituation prägen. Diese Familienforschung geht von der Hypothese aus, daß die in der Familie als der Primärgruppe gegebenen Konstellationen, wechselseitigen Einflüsse und Konflikte in ihrer Interdependenz betrachtet werden müssen, um die pathogene Bedeutung eines Faktums wie "Tod des Vaters" oder "elterliche Scheidung" überhaupt abschätzen zu können.

Die oben geschilderten besonderen Belastungen in der Familie lassen sich als für den Familienverband desintegrative Faktoren auffassen. Dabei ist von Interesse, daß in den Familien der Suizidanten vorwiegend chronisch-desintegrative Faktoren vorkamen. Die Konfrontation des Kindes mit "ständigem, offenkundigem Leiden" schien dann - individualpsychologisch gesehen - eine Verstärkung feindseliger, aggressiver und autoaggressiver Tendenzen mit den sie begleitenden Schuldgefühlen hervorzurufen.

In diesem Zusammenhang ist bemerkenswert, daß eigene körperliche Krankheiten und Gebrechen in der Vorgeschichte der hier untersuchten Studenten keine große Rolle gespielt haben. Der oben gegebene Hinweis, daß solche Bedingungen per se die Wahrscheinlichkeit vermindern, überhaupt Student werden zu können, reicht zur Erklärung nicht ganz aus: Trotzdem könnte ja unter neurotischen oder suizidalen Studenten eine relative Häufung feststellbar sein. Der Befund, daß eine derartige Häufung früherer Krankheiten - wie übrigens auch von Krankheiten während der Zeit, in der die suizidalen Handlungen begangen wurden - nicht zu verzeichnen war, kann im Sinne der oben entwickelten Hypothese damit erklärt werden, daß im Falle eigenen Leidens seltener aggressive Regungen mit Schuldgefühlen entstanden. Vielmehr kam es durch die vermehrte Fürsorge der Angehörigen zu einer ausreichenden Kompensation für die mit der Krankheit verbundene Unlust.

Die Auffassung, daß für die Prägung des Kindes und sein späteres Verhalten in Krisensituationen eher länger andauernde Einflüsse von Bedeutung sind als plötzliche Katastrophen, wird auch durch die Tatsache bestärkt, daß Fluchterlebnisse in der Kindheit bei Suizidanten und Kontrollpatienten nicht häufiger vorkamen als in der übrigen Studentenschaft auch. Die Flucht wurde im Schutz der mütterlichen Nähe erlebt und hatte anscheinend, sofern die Mutter dabei nicht umkam, keine bleibenden Folgen für die psychische Entwicklung des Kindes.

ANNA FREUD (20), die den Einfluß von Kriegsereignissen auf die kindliche Seele untersuchte, weist darauf hin, daß die Verarbeitung von Erlebnissen wie plötzliche Evakuierung und Flucht im wesentlichen vom Verhalten der Mutter bzw. der Bezugsperson abhing.

Die signifikant häufiger aufgetretene Flucht im Jugendalter liefert dazu einen interessanten Kontrast.

Für die psychotischen Studenten ließe sich die Flucht als Trennung von Eltern und vertrauter Umgebung als Ausdruck der prämorbidten Charaktereigentümlichkeiten interpretieren.

Bei den neurotischen Studenten gilt diese Erklärung auch, doch reicht sie nicht aus, sonst müßte der Anteil der Flüchtlinge in der suizidalen wie der nicht-suizidalen Gruppe annähernd gleich groß sein. Vielmehr dürfte die Flucht in der Pubertät in vielen Fällen ein definitiver Schritt zum Schlechteren, in die Isolierung gewesen sein.

Schließlich kann der motivische Zusammenhang zwischen suizidalem Verhalten und Flucht nicht übersehen werden: Beides stellt sich oft als Rückzug und Ausweichen vor der vertrauten Umwelt mit ihren ungelösten Problemen dar.

IV. Das Studium der Suizidanten.

Einige demographische Merkmale der untersuchten Gruppen seien vorangestellt.

1. Der Anteil der Ausländer.

In den Jahren 1960 bis 1969 waren durchschnittlich 7,7 v.H. der Studierenden an den Berliner Hochschulen Ausländer. Von diesen stammte der größte Teil aus den sogenannten Entwicklungsländern.

Im Untersuchungszeitraum kamen insgesamt zehn ausländische Studenten nach einem Suizidversuch in die Universitätsnervenklinik. Mit 9 v.H. der Suizidpatienten waren sie damit nicht wesentlich überrepräsentiert. 13 Studenten der Kontrollgruppe (11 v.H.) stammten aus dem Ausland, also ebenfalls nicht wesentlich mehr als nach der Statistik aus der Gesamtstudentenschaft zu erwarten wäre. In beiden Gruppen kamen die Ausländer vorwiegend aus Ländern des Nahen Ostens sowie aus Afrika.

2. Der Anteil der Frauen (mit Exkurs zur Frage von Selektionsfaktoren).

In unserem Patientengut waren weibliche Studierende deutlich überrepräsentiert. Je 41 Patienten, also gut ein Drittel beider Gruppen, waren weiblichen Geschlechts, während nur ein Viertel der Berliner Gesamtstudentenschaft in den Jahren 1960 bis 1969 Frauen waren. Dieser Unterschied erreicht allerdings nicht ganz die statistische Signifikanz ($p < 6,0$ v.H.).

Differenziert man nach der in der Klinik gestellten Diagnose, so zeigt sich, daß dieser Unterschied auf den überhöhten Anteil von Studentinnen in der Diagnosegruppe "Neurose" zurückzuführen ist (40 v.H.). Diese Differenz zur Gesamtstudentenschaft ist statistisch signifikant ($p < 3,7$ v.H.).

Anmerkung: Die Kontrollgruppe wurde in Bezug auf das Geschlechtsverhältnis nach der Suizidantengruppe zusammengestellt (siehe Einleitung).

Exkurs zur Frage von Selektionsfaktoren.

Handelt es sich bei dieser Verteilung um einen echten Unterschied? Begehen also weibliche Studierende häufiger einen Suizidversuch als ihre männlichen Kommilitonen oder lassen sich Faktoren nachweisen, die weibliche Studenten eher dazu bringen könnten, die psychiatrische Klinik oder die psychotherapeutische Studentenberatung aufzusuchen?

Dieser Frage soll im folgenden für die suizidalen neurotischen Studenten nachgegangen werden.

In den Tabellen 18, 19 und 20 wird das Geschlecht der Probanden in Beziehung gesetzt

1. zur Zahl der jeweils verübten Suizidversuche, die als indirekter Parameter der Schwere des Krankheitsbildes dienen soll. Hinge die Wahrscheinlichkeit, in psychiatrische bzw. psychotherapeutische Behandlung zu gelangen (und damit in einer Untersuchung wie dieser registriert zu werden) allein von dieser "Schwere des Krankheitsbildes" ab, so dürfte der Anteil der Patienten mit wiederholten Suizidversuchen keine Geschlechtsdifferenz aufweisen und der Index "Suizidversuche pro Patient" müßte für männliche wie für weibliche Studierende gleich hoch sein.

Tabelle 18 zeigt nun, daß die Studentinnen deutlich weniger Suizidversuche begingen, bevor sie den Weg in die Klinik fanden. Sie sind also gewissermaßen eher in Behandlung und zu Kenntnis des Untersuchers gelangt, könnten also aus diesem Grunde überrepräsentiert sein.

Tab. 18: Die Zahl der Suizidversuche in Abhängigkeit vom Geschlecht, vom Studienfach und von der sozialen Herkunft (nur neurotische Suizidanten).

Untergruppe	n	SV	SV/Person	Personen, die 2 und mehr SV begingen (in Prozent)
männliche Studenten	51	75	1,47	35
weibliche "	34	44	1,29	24
Gruppe Medizin	21	33	1,57	38
Humanmediziner	15	24	1,60	40
Technische Fächer	7	8	1,14	14
Fachgruppe Geistes- und Sprachwissensch.	21	28	1,33	29
Arztkinder	11	21	1,91	54
alle Patienten	85	119	1,40	31

Tab. 19: Die Zahl der amtsärztlichen Einweisungen in Abhängigkeit vom Geschlecht, vom Studienfach und von der sozialen Herkunft (nur neurotische Suizidanten).

Untergruppe	n	Einweisungen durch den Amtsarzt
männliche Studenten	51	4
weibliche "	34	-
Gruppe Medizin	21	2
Humanmediziner	15	2
Technische Fächer	7	2
Fachgruppe Geistes- und Sprachwissensch.	21	-
Arztkinder	11	1
alle Patienten	85	4

Zweitens soll die unterschiedliche Geschlechtsverteilung in Bezug gesetzt werden zur inneren Einstellung der Probanden gegenüber einer stationären bzw. ambulanten Psychotherapie. Im ausgewerteten Aktenmaterial finden sich hierzu zwar Hinweise, doch lassen sich diese nur schwer quantifizieren. Deshalb soll hier auf zwei Parameter zurückgegriffen werden, die diesen Nachteil nicht aufweisen.

Als erster Indikator wäre die Zahl der amtsärztlichen Einweisungen zu nennen (Tab. 19). Hier zeigt sich, daß alle 34 Studentinnen freiwillig in stationäre Behandlung kamen, während bei den 51 männlichen Studierenden insgesamt viermal die Einweisung über den Amtsarzt, also gegen den Willen des Patienten, erfolgte.

Dieser Unterschied findet eine Bekräftigung in der Einstellung der Studenten gegenüber einer ambulanten Psychotherapie. Als ihre Meßgröße dient hier die Häufigkeit, mit der die Studenten um ein Gutachten zur Befürwortung einer Psychotherapie baten, was in Berlin die Voraussetzung zur Finanzierung einer solchen Therapie durch die studentische Krankenkasse darstellt.

Tab. 20: Der Wunsch nach Psychotherapie in Abhängigkeit vom Geschlecht, vom Studienfach und von der sozialen Herkunft (nur neurotische Suizidanten).

Untergruppe	n	Wunsch nach Psychotherapie (in Prozent der Untergruppe)
männliche Studenten	51	8
weibliche "	34	21
Gruppe Medizin	21	5
Humanmediziner	15	7
Technische Fächer	7	-
Fachgruppe Geistes- und Sprachwissensch.	21	33
Arztkinder	11	9
alle Patienten	85	13

Man wird sagen können, daß Personen, die ein solches Gutachten einholten, ernsthaft an einer Psychotherapie interessiert waren. (Siehe auch Anmerkung)

Wie aus Tab. 20 hervorgeht, wurden sieben der insgesamt elf Gutachten von weiblichen Studierenden beantragt. Sie taten das also

Anmerkung: Es bestand zwischen männlichen und weiblichen Studierenden kein Unterschied in der sozialen Herkunft, der Anteil der in der studentischen Krankenversicherung versicherten Studenten ist also für beide Geschlechter vermutlich gleich.

fast dreimal häufiger als ihre männlichen Kommilitonen. Wegen der kleinen absoluten Zahlen ist der Unterschied jedoch statistisch gesehen nicht signifikant ($p < 8,4$ v.H.).

Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß Studentinnen häufiger schon nach einem ersten Suizidversuch die Klinik aufsuchten und auch häufiger den Wunsch nach einer Psychotherapie hatten als Studenten. Der im Vergleich zur Gesamtstudentenschaft überhöhte Anteil von weiblichen Studierenden an der untersuchten Gruppe würde damit kaum einer echten Häufung entsprechen, sondern ließe sich mühelos mit einer größeren Bereitschaft, Hilfe zu suchen und anzunehmen, erklären. Der Charakter eines Appells an die Umwelt, den nach STENGEL (63) jeder Suizidversuch hat, stünde bei weiblichen Suizidanten also mehr im Vordergrund und würde eine erhöhte Inzidenz von Selbstmordversuchen bei Studentinnen lediglich vortäuschen.

Umgekehrt gilt nun, daß suizidale Studenten auf Grund ihrer ambivalenten Einstellung gegenüber den Möglichkeiten psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung in unserer Untersuchung scheinbar unterrepräsentiert sind.

Die Dunkelziffer von nicht bekannt gewordenen Suizidversuchen dürfte also bei Studenten größer sein als bei ihren weiblichen Kommilitonen.

3. Der Familienstand.

In der Gesamtstudentenschaft ist der Anteil verheirateter Studenten in den letzten Jahren ständig gewachsen. Er betrug noch 1961 nur 8,1 v.H. und stieg 1967 auf 12,6 v.H. der Berliner Studentenschaft. Der Durchschnitt der Jahre 1960 bis 1967 liegt bei 9,9 v.H.

Tab. 22: Der Familienstand der Patienten (Zahlen in Prozent).

	<u>SV. Patienten</u>		<u>Kontrollpatienten</u>		<u>Studenten-</u>
	<u>Neurosen</u>	<u>Psychosen</u>	<u>Neurosen</u>	<u>Psychosen</u>	<u>schaft Berlin</u>
	(n=85)	(n=32)	(n=85)	(n=32)	1960-1967
					(ohne PH)
verheiratet	18	6	6	6	10
geschieden	2	-	1	-	0,4

Wie aus Tabelle 22 hervorgeht, unterscheidet sich unser Patienten-
gut davon nicht wesentlich. Lediglich der Prozentsatz von 18 v.H.
verheirateter Studenten bei den neurotischen Suizidanten fällt aus
dem Rahmen. Beim Vergleich mit den neurotischen Studenten der
Kontrollgruppe ist er statistisch signifikant ($p < 1,7$ v.H.).

Eine mögliche Erklärung hierfür liegt im unterschiedlichen Alters-
aufbau der Patientengruppen (siehe unten), denn mit höherem Alter
steigt der Anteil der verheirateten Studenten: Nach einer Untersu-
chung von SCHUMM et al. (61) lag 1964 an der Freien Universität
Berlin der Anteil der Verheirateten in der Altersgruppe der 25-
30jährigen bei 20 v.H.

Da jedoch die Kontrollgruppe von nicht-suizidalen Studenten einen
eher niedrigen Anteil Verheirateter aufweist (6 v.H.), während
sie im Altersaufbau mit dem hohen Anteil von über 28jährigen Stu-
denten der Suizidantengruppe entspricht, entfällt diese Erklärung.

Damit wäre der hohe Prozentsatz verheirateter neurotischer Suizi-
danten keine altersabhängige Variable, sondern vielmehr mit dem
Faktum des Suizidversuches korreliert. Inwieweit damit ein ur-
sächlicher Zusammenhang sichtbar wird, soll unten untersucht
werden.

4. Die Altersstruktur.

Vergleicht man den Altersaufbau beider Studentengruppen mit dem der Berliner Studentenschaft in den Jahren 1960 bis 1967 (Tab. 22), so fällt auf, daß die 20jährigen und jüngeren Studenten in beiden Patientengruppen kraß unterrepräsentiert sind ($p < 0,1$ v.H.). Die 21- bis 24jährigen Studenten dagegen sind etwa so häufig vertreten wie in der übrigen Studentenschaft, während der Anteil von 25jährigen und älteren Studenten doppelt so groß ist wie in der Gesamtstudentenschaft ($p < 0,1$ v.H.).

Das Durchschnittsalter der Patientengruppen liegt knapp unter 25 Jahren gegenüber 23 Jahren in der übrigen Studentenschaft.

Da die Zahlen für die Suizidantengruppe und die Kontrollgruppe praktisch identisch sind, hängen die genannten Unterschiede mit dem Faktum der psychischen Gestörtheit und nicht mit dem suizidalen Verhalten zusammen.

Tab. 22: Das Lebensalter der Patienten zum Zeitpunkt des ersten Klinikaufenthaltes (Zahlen in Prozent).

Altersgruppe	SV-Patienten (n=117)	Kontrollpat. (n=117)	Studentenschaft Berlin 1960-67
18-20 Jahre	6	10	26
21-24 Jahre	48	47	51
25-27 Jahre	30	25	15
28 Jahre und älter	16	18	8

Durchschnittsalter	24,6	24,8	23,0

Einige Faktoren, wie häufigerer Studienfachwechsel, späterer Beginn des Studiums und Hinausschieben des Examens auf Grund von Prüfungsängsten, die die unterschiedliche Altersstruktur erklären, werden weiter unten erläutert.

5. Der Hauptwohnsitz.

Von den an den Berliner Hochschulen studierenden Deutschen stammen durchschnittlich zwei Drittel aus Westberlin und nur ein Drittel aus den übrigen Bundesländern. Dieses Zahlenverhältnis wiederholt sich bei den untersuchten Patientengruppen mit Ausnahme der nicht-suizidalen neurotischen Studenten. Eine einleuchtende Erklärung kann hierfür nicht gegeben werden.

6. Das Studienfach (mit Exkurs zur Frage von Selektionsfaktoren).

Bei der Erörterung der Studienbedingungen, denen unsere Patienten unterworfen waren, interessiert zu allererst das Studienfach der jeweiligen Probanden. Deshalb sei zunächst darauf eingegangen.

Zur Einteilung wurde die Systematik der Studienfächer des Statistischen Bundesamtes herangezogen. Die Vergleichsziffern beziehen sich auf die Gesamtstudentenschaft an den Berliner Hochschulen in den Jahren 1958 bis 1968 (Tab. 23) und beziehen folgende Hochschulen mit ein: Freie Universität, Technische Universität, Hochschule für Bildende Künste, Hochschule für Musik, Pädagogische Hochschule.

Tab. 23: Das Studienfach der Patienten zum Zeitpunkt des ersten Klinikaufenthaltes (Zahlen in Prozent).

Studienfachgruppe	S-V-Patienten (n=117)	Kontrollpat. (n=117)	Studentenschaft Berlin 1958-68
Theologie	-	2	1
Medizin u. Pharmazie	21	13	13
(davon Humanmedizin)	15	9	9
Rechts-, Wirtschafts-, Gesellschafts- u. Sozialwissenschaften	22	21	21
(davon Jura)	9	7	7
Geistes- und Sprach- wissenschaften	33	33	22
(davon PH)	8	7	8
Naturwissenschaften	10	13	12
Technische Fächer	10	14	27
Bildende Künste, Musik	4	3	4
ohne Angabe	-	2	-

Betrachtet man zunächst, welches Fach die Studenten mit einem Suizidversuch in der Anamnese studierten, so zeigen sich unauffällige Verhältnisse für die Fachrichtungen "Bildende Künste und Musik" sowie "Naturwissenschaften". Auch der Fachgruppe "Rechts- und Wirtschafts-, Gesellschafts- und Sozialwissenschaften", wozu unter anderem Politologie und Soziologie gerechnet werden, gehören nicht mehr Suizidanten an als es dem Durchschnitt der Studentenschaft entspricht.

In auffälliger Weise unterrepräsentiert sind die Studierenden technischer Fächer: Während mehr als 26 v.H. der Berliner Studentenschaft technische Fächer studierten, taten dies nur gut 10 v.H. der Suizidanten. Dieser Unterschied ist hochsignifikant ($p < 0,13$ v.H.).

Dagegen studierte ein Drittel der Suizidpatienten geisteswissenschaftliche und sprachwissenschaftliche Fächer (incl. der Studenten an der Pädagogischen Hochschule), also beträchtlich mehr als es nach der Gesamtstatistik zu erwarten wäre. Der Unterschied ist signifikant ($p < 2,7$ v.H.).

Ähnlich liegen die Verhältnisse bei der Fachgruppe "Medizin und Pharmazie". Besonders augenfällig wird der Unterschied, wenn man nach der Diagnose differenziert und nur die neurotischen Suizidanten betrachtet: Fast ein Viertel dieser Gruppe studierte Medizin bzw. Pharmazie gegenüber knapp 13 v.H. der Gesamtstudentenschaft - ein statistisch signifikanter Unterschied ($p < 3,9$ v.H.). Läßt man die in dieser Studienfachgruppe enthaltenen kleineren Fächer Veterinärmedizin, Zahnmedizin und Pharmazie unberücksichtigt, so ergibt sich, daß mit 15 Probanden fast doppelt so viele neurotische Suizidanten Humanmedizin studierten als nach der allgemeinen Statistik zu erwarten wäre. Wegen der kleinen absoluten Zahlen erreicht der Unterschied allerdings keine Signifikanz ($p < 9$ v.H.).

Mit einer Ausnahme ergibt sich für die Studenten der Kontrollgruppe ein der SV-Gruppe ähnliches Bild. Auch hier sind Studierende der technischen Fächer unterrepräsentiert und Studierende der Geistes- und Sprachwissenschaften überrepräsentiert.

Die Unterschiede sind statistisch signifikant: $p < 1,2$ v.H. bzw. $< 2,7$ v.H.

Es ist nun auffällig, daß die Fachgruppe "Medizin und Pharmazie" und speziell das Studienfach "Humanmedizin" aus diesem Rahmen fallen. Hier entsprechen die Ziffern der Kontrollgruppe nicht denen der Suizidanten, sondern vielmehr den "normalen" Verhältnissen in der Gesamtstudentenschaft.

Dieser Befund ist nicht leicht zu interpretieren. Die sonst gleichsinnige Verteilung der Studienfächer in der Suizidanten- und der Kontrollgruppe spricht dafür, daß die Unterschiede zur Gesamtstudentenschaft eher mit der Grundtatsache der psychischen Erkrankung als mit dem Suizidversuch korreliert sind. Die Ausnahme, die die Medizinstudenten machen, könnte als Indiz dafür gewertet werden, daß Medizinstudenten in ihren Konflikten eher zur Reaktionsweise des Suizidversuches kommen als andere - darin den Ärzten und Arztkindern vergleichbar (siehe oben).

Dennoch stellt sich erneut die Frage nach dem Einfluß etwaiger Selektionsmechanismen, die die Zusammensetzung der untersuchten Gruppe verfälschen könnten.

Exkurs zur Frage des Einflusses von Selektionsfaktoren.

Es wäre denkbar, daß Medizinstudenten weniger Bedenken haben, sich in psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung zu begeben und suizidale Medizinstudenten deshalb in dieser Untersuchung scheinbar überrepräsentiert sind.

Wenn dagegen Faktoren, wie die Einstellung des Patienten gegenüber seiner Problematik und einer psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Behandlung und die Einstellung der Umwelt zu seinem suizidalen Verhalten nicht variabel wären, sondern überall in gleicher Weise wirkten, so wäre die Wahrscheinlichkeit, in psychiatrische bzw. psychotherapeutische Behandlung zu gelangen (und damit in einer Untersuchung wie dieser registriert

zu werden) nur von der "Schwere des Krankheitsbildes" abhängig. Dann wäre primär zu vermuten, daß der Anteil der Patienten mit wiederholten Suizidversuchen in den einzelnen Studienfachgruppen gleich ist.

Nimmt man - wie schon oben geschehen - als grobes Maß für die Schwere des Krankheitsbildes die Zahl der begangenen Selbstmordversuche und setzt diese in Beziehung zum Studienfach, so ergibt sich ein anderes Bild (Tab. 18).

Die Zahl der pro Patient verübten Suizidversuche ist bei den Medizinstudenten mit 1,60 beträchtlich höher als die der Technikstudenten (1,14) und liegt auch klar über dem Durchschnitt aller Fächer (1,40). Dem widerspricht nur die entsprechende Ziffer für die Studenten der Geistes- und Sprachwissenschaften, die ja in dieser Untersuchung auch überrepräsentiert sind. Sie liegt mit 1,33 etwas unter dem Durchschnitt.

Als nächstes soll untersucht werden, welche Rolle die innere Einstellung der einzelnen Suizidpatienten gegenüber einer stationären psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung bei der Zusammensetzung der Gruppe spielt. Dabei sei hier wieder auf indirekte Parameter zurückgegriffen (siehe oben).

Als erster Indikator wäre die Zahl der in den einzelnen Fachgruppen erfolgten amtsärztlichen Einweisungen zu nennen. (Tab. 19)

Während von 15 neurotischen Suizidpatienten des Studienfaches Humanmedizin immerhin zwei Studenten durch den Amtsarzt, also gegen ihren ausdrücklichen Willen, eingewiesen wurden, und das bei den nur sieben Technikstudenten auch zweimal vor- kam, begaben sich alle 57 Studenten der übrigen Fachrichtungen freiwillig in die psychiatrische Klinik.

Diese überraschenden Unterschiede zeigen sich auch in der Einstellung der Studenten gegenüber einer ambulanten Psychotherapie. Als ihre Meßgröße dient hier die Häufigkeit, mit der die Studenten um ein Gutachten zur Befürwortung einer Psycho-

therapie baten (siehe oben). Wie aus Tabelle 20 hervorgeht, wollte nur ein Student der Humanmedizin ein solches Gutachten, während zehn Studierende geisteswissenschaftlicher Fächer darum baten. Ein Student der Fachgruppe Technik war nicht vertreten.

Tab. 24: Die Dauer des Klinikaufenthaltes in Abhängigkeit vom Geschlecht, vom Studienfach und von der sozialen Herkunft (nur stationäre neurotische Patienten).

Untergruppe	SV-Patienten (n=50)	Kontrollpatienten (n=50)
männliche Studenten	29,1	27,1
weibliche Studenten	32,0	25,3
Gruppe Medizin	19,5	17,3
Humanmediziner	18,4	13,5
Technische Fächer	15,3	17,8
Geistes- und Sprachwissenschaften (ohne PH)	30,1	31,2
Arztkinder	28,7	(32,8)
alle Patienten	30,2	26,5

Schließlich sei noch auf die Dauer des Klinikaufenthaltes der stationär behandelten Patienten eingegangen (Tab. 24).

Studenten der Humanmedizin und technischer Fächer blieben mit 18 bzw. 15 Tagen eine wesentlich kürzere Zeit in der Klinik als der Durchschnitt der suizidalen neurotischen Patienten (30 Tage), während Studenten geistes- und sprachwissenschaftlicher Fächer diesem Durchschnitt entsprachen. Diese Diskrepanzen wiederholten sich bei den entsprechenden Ziffern der Kontrollgruppe.

Die Verweildauer in der Klinik hängt zum einen sicher von der Schwere der psychischen Störungen des einzelnen Patienten ab. Zum anderen spielt aber die Einstellung des Patienten gegenüber der Institution des psychiatrischen Krankenhauses eine gewichtige Rolle. Anders wird man die geringe Aufenthaltsdauer zum Beispiel der Technik-Studenten nicht erklären können. Denn eine

behandlungsbedürftige psychische Störung, die so schwerwiegend ist, daß sie nach Meinung der Ärzte in einem Krankenhaus behandelt werden sollte, läßt sich in einem so kurzen Zeitraum in der Regel nicht entscheidend bessern. Eine derartig frühzeitige Entlassung käme also dem Abbruch einer begonnenen Diagnostik und Therapie gleich und zeugt von den Fluchttendenzen des Patienten.

Wenn man nun die zum Teil widersprüchlichen Befunde noch einmal ordnet, so ergibt sich für die Beantwortung unserer Fragestellung folgendes Bild:

a) Studierende technischer Fächer sind sowohl in der Suizidantengruppe als auch in der Kontrollgruppe stark unterrepräsentiert. Ihr Suizidversuch ist ein einmaliges Ereignis, das in der Regel - auf Betreiben der Umwelt, z. T. unter Hinzuziehung des Arztes - zur Behandlung in einer psychiatrischen Klinik führt. Sie lassen sich nur widerstrebend darauf ein und brechen sie oft vorzeitig ab.

Eine übermäßig hohe Dunkelziffer an Suizidversuchen in dieser Gruppe ist nicht zu erwarten, der Anteil von Technikstudenten am untersuchten Patientengut scheint den tatsächlichen Verhältnissen zu entsprechen.

b) Medizinstudenten und besonders Studenten der Humanmedizin sind deutlich häufiger in unserem Patientengut vertreten als zu erwarten wäre. Sie begehen zu einem hohen Prozentsatz mehrfach einen Suizidversuch, haben Vorbehalte, sich stationär psychiatrisch behandeln zu lassen und zeigen wenig Neigung zu einer ambulanten Psychotherapie. Auf Grund ihrer ablehnenden Haltung gegenüber einer adäquaten Therapie gelangen Medizinstudenten also oft erst nach wiederholten Suizidversuchen zur Kenntnis des Psychiaters und Psychotherapeuten. Die Dunkelziffer könnte demnach bei ihnen im Vergleich zu den anderen Gruppen beträchtlich sein.

Also entspricht die hier festzustellende Häufung von Suizidversuchen bei Medizinstudenten einer echten Häufung, sie dürfte in der Realität noch ausgeprägter sein.

c) Anders die Studenten sprach- und geisteswissenschaftlicher Fächer: Sie sind zwar ebenfalls gehäuft in unserem Patienten-
gut vertreten, begehen aber nur durchschnittlich häufig einen
zweiten Selbstmordversuch. Sie begeben sich bereitwillig in
die psychiatrische Klinik und bleiben dort in der Regel ausrei-
chend lange. Schließlich zeigen sie eine sehr viel positivere
Einstellung gegenüber einer ambulanten Psychotherapie als
alle anderen Studenten.

Daraus folgt für die Antwort auf die Frage nach dem Einfluß von
Selektionsfaktoren auf die Zusammensetzung des Patientengutes,
daß Studenten geisteswissenschaftlicher Fächer auf Grund ihrer
inneren Einstellung sicher eher den Weg zur Therapie fanden als
andere Studenten und vermutlich aus diesem Grunde in der vor-
liegenden Untersuchung überrepräsentiert erscheinen.

7. Der Wechsel des Studienfaches.

Der Wechsel des Studienfaches spielt in soziologischen Analysen
der Studiensituation eine große Rolle, drückt sich in ihm doch die
Diskrepanz zwischen Möglichkeiten, Erwartung und Bedürfnissen
des einzelnen Studenten und den realen Bedingungen an den Hoch-
schulen aus, was wiederum Schlüsse auf die Effizienz des Bil-
dungswesens zuläßt.

Bei der untersuchten Suizidantengruppe wechselten mit 29 v.H.
doppelt so viele Studenten das Fach als in der Gesamtstudenten-
schaft (10-14 v.H.). Dieses Ergebnis ist statistisch hochsigni-
fikanter ($p < 0,001$ v.H.). Die gleichen Verhältnisse zeigen sich bei
der Kontrollgruppe ($p < 0,001$ v.H.).

Man wird also sagen können, daß gehäuftes Studienfachwechsel
kein spezifisches Merkmal suizidaler Studenten ist, sondern
vielmehr mit der psychotischen bzw. neurotischen Problematik
zusammenhängt, die ganz allgemein mit Ambivalenz bei der
Studienwahl, Insuffizienzerleben und Ausweichen zu umschrei-
ben wäre (siehe unten).

Die Vergleichszahlen für die Gesamtstudentenschaft stammen aus Untersuchungen von KATH (32-35) und HITPASS (30). Entsprechende Zahlen werden auch von LUNGERSHAUSEN (40) zitiert.

8. Der Wechsel des Studienortes.

Einen Wechsel des Studienortes vollzogen die Suizidpatienten in einem Drittel der Fälle und damit nicht wesentlich häufiger als andere Studenten auch (27 v.H.). Auffällig ist allerdings, daß psychotische Studenten mit und ohne Suizidversuch zu 45 v.H. bzw. 50 v.H. den Studienort wechselten. Dieser Unterschied liegt statistisch an der Grenze der Signifikanz ($p < 5,5$ v.H.) bzw. darunter ($p < 2,1$ v.H.).

9. Die Studiendauer.

Wie schon oben erwähnt wurde, unterscheiden sich suizidale Studenten in ihrer Studiendauer kaum von der übrigen Studentenschaft.

Um die Zahlen noch einem weiteren Vergleich mit denen der Kontrollpatienten zu unterziehen, wird im folgenden die Gesamtstudiendauer zum Zeitpunkt des Klinikaufenthaltes bzw. der Exploration in der ambulanten Studentenberatung untersucht (Tab. 25).

Dabei zeigt sich, daß auch die Studenten der Kontrollgruppe in ihrer Studiendauer eine normale Verteilung aufweisen. Der einzig auffällige Befund betrifft die Langzeitstudierer. Damit sind hier Studenten gemeint, die 16 und mehr Semester studieren. Ihr Anteil ist mit 11 v.H. bzw. 14 v.H. zwei- bis dreimal so hoch als in der Gesamtstudentenschaft. Eine statistische Signifikanz wird aber nur für die Suizidanten erreicht ($p < 1,8$ v.H.), während die Zufallswahrscheinlichkeit für die Kontrollgruppe $p < 6,5$ v.H. beträgt.

Tab. 25: Die Gesamtstudiendauer der Patienten (ohne PH-Studenten, Zahlen in Prozent).

Studiensemester	SV-Patienten (n=107)	Kontrollpat. (n=108)	Studentenschaft Berlin 1964-66 (ohne PH)
1	6	7	6
2/3	13	6	16
4-6	18	25	26
7-9	23	22	22
10-12	20	19	17
13-15	6	10	8
16 und höher	14	11	5

Für die Dauer des Studiums spielt der Studienfachwechsel eine große Rolle. Die Hälfte der Studenten, die sich zum Zeitpunkt des Klinikaufenthaltes im 16. oder einem höheren Semester befanden, hatten im Laufe ihres Studiums einmal oder sogar mehrfach das Fach gewechselt.

In Bezug auf das suizidale Verhalten ergibt sich folgender Zusammenhang: Neun der 15 suizidalen Langzeitstudierer befanden sich im Abschlußexamen. Bei vier von ihnen war das Examen schon mehrmals begonnen, aber immer wieder abgebrochen worden. Die sich in diesem Verhalten ausdrückende Examensangst bildete dann auch - allein oder zusammen mit anderen Problemen - das Motiv für den Selbstmordversuch (vgl. Abschnitt über SV und Prüfungen).

10. Tätigkeiten vor dem Studium.

Ein erheblicher Teil der Studenten beginnt nicht unmittelbar nach dem Abitur mit dem Studium. Eine Ursache dafür ist neben den Pflichtpraktika und der allgemeinen Wehrpflicht auch der Zwang zum Gelderwerb, um die ersten Semester des Studiums finanzieren zu können. Bei 22 v.H. der Studierenden des Sommersemesters 1959 verstrich mehr als ein Jahr zwischen Abitur und Studienbeginn und bei 9 v.H. sogar mehr als drei Jahre.

Die entsprechenden Zahlen für die suizidalen Studenten liegen mit 27 v.H. bzw. 10 v.H. etwas darüber, während die der Studenten in der Kontrollgruppe unter dem Durchschnitt der Gesamtstudentenschaft sind. Doch haben diese Unterschiede keine statistische Relevanz.

Die Ausübung eines Berufes vor dem Studium.

Eine weitere Erklärung für den verzögerten Studienbeginn liegt in dem relativ hohen Anteil von Studenten, die schon vor Beginn ihres Studiums eine andere Berufsausbildung abgeschlossen oder sogar einen Beruf mehrere Jahre lang ausgeübt hatten.

Nach einer Statistik von KATH (34) betrug der Anteil dieser Studenten an der Gesamtstudentenschaft 1956 noch 20 v.H. und sank bis zum Sommersemester 1963 auf 14 v.H. ab. Nach Ansicht von KATH hat sich diese Ziffer seither nicht wesentlich verändert.

Bei den Angehörigen der Kontrollgruppe finden sich ganz ähnliche Zahlen: Ein Sechstel von ihnen stand vor Studienbeginn schon einmal im Berufsleben oder hatte eine Berufsausbildung abgeschlossen.

Die Studenten dagegen, die schon einen Suizidversuch begangen hatten, waren zu 22 v.H. vorher schon einmal für längere Zeit berufstätig gewesen. Diese Häufung ist allerdings statistisch nicht relevant ($p < 12,5$ v.H.).

11. Die Finanzierung des Studiums.

In der Finanzierung des Studiums sind deutsche Studenten traditionellerweise auf ihre Eltern angewiesen. Wie aus Tabelle 26 hervorgeht, wurde im Durchschnitt der Jahre das Studium von mehr als der Hälfte der Berliner Studentenschaft überwiegend durch die Eltern finanziert.

Tab. 26: Die Finanzierung des Studiums (ohne Studenten im ersten Semester, Zahlen in Prozent).

Art der Finanzierung	Kontrollpat. (n=108)	SV-Patienten (n=111)	Studentenschaft Berlin 1963-66 (ohne 1. Sem.)
eigene Erwerbstätigkeit	13	8	17
Ehegatte	3	3	3
Eltern	36	44	53
öffentliche Mittel (Stipendien)	33	32	25
Dritte	2	1	1
ohne Angabe	13	12	1

Für die suizidalen und nicht-suizidalen Studenten ergibt sich ein davon durchaus unterschiedliches Bild, doch sind diese Unterschiede mit Vorsicht zu interpretieren, da in 12 v.H. bzw. 13 v.H. der Fälle keine genauen Angaben über die Art der Finanzierung vorliegen.

Es fällt aber auf, daß die suizidalen Studenten immerhin zu fast einem Drittel von einem Stipendium lebten und nur halb so oft wie die übrigen Studenten auf überwiegende Finanzierung durch eigene Erwerbstätigkeit angewiesen waren.

Die Zahlen für die Kontrollgruppe liegen zum Teil anders, doch lassen sich auch diese Unterschiede wegen der zu 13 v.H. fehlenden Angaben nicht mit Sicherheit verwerten.

Finanzielle Schwierigkeiten.

Von den 117 Suizidanten befanden sich immerhin elf seit längerer Zeit in wirtschaftlichen Schwierigkeiten. Dabei handelte es sich zumeist um Studenten, die ihr Studium selbst finanzieren mußten, teils weil sie nach den Richtlinien der Stipendienvergabe öffentliche Unterstützung von vornherein nicht beanspruchen konnten, teils weil im Laufe des Studiums die Voraussetzungen dafür entfielen.

Von den Mitgliedern der Kontrollgruppe befanden sich nur fünf Studenten in ernsthaften finanziellen Schwierigkeiten. Aus diesem Unterschied lassen sich jedoch keine Schlüsse ziehen, zumal auch ein erheblicher Teil der Gesamtstudentenschaft mit wirtschaftlichen Schwierigkeiten zu kämpfen hat. KATH et al. (36) werten Werkarbeit aus Geldmangel als vielleicht wichtigsten Faktor beim Studienabbruch.

Eine Analyse der Einzelfälle ergibt, daß bei zwei Patienten die wirtschaftlichen Probleme eine gewisse Rolle im Suizidgeschehen spielten:

Bei einem Studenten der Kunstgeschichte bewirkte die Streichung des Stipendiums, daß sich die Konflikte mit seiner Frau verschärfen, auf deren Höhepunkt ein Suizidversuch begangen wurde.

Ein ausländischer Student, der sein Examen schon mehrfach hinausgeschoben hatte, bekam die finanzielle Unterstützung seiner Verwandten entzogen, worauf er mit einem Selbstmordversuch reagierte. Aus der Anamnese ergab sich jedoch, daß er einen relativ gut dotierten Nebenverdienst hatte und auf seine Verwandten eigentlich gar nicht angewiesen war. Das Motiv für seine Tat lag vielmehr in der angstbesetzten Examenssituation.

12. Die Wohnverhältnisse.

Studenten sind noch in einer weiteren Beziehung von ihren Eltern abhängig. Sie haben oft noch keine eigene Wohnung, sondern wohnen in der elterlichen Wohnung. Nach KATH (34) wohnten im Sommersemester 1963 41 v.H. der Studenten der Freien Universität und Technischen Universität Berlin bei ihren Eltern, nur 10 v.H. hatten eine eigene Wohnung.

Tab. 27: Die Wohnverhältnisse der Studenten während des Semesters (Zahlen in Prozent).

	SV-Patienten (n=117)	Kontrollpat. (n=117)	Studentenschaft FU, TU 1963 (nach KATH) (33)
bei Eltern	29	28	41
Untermiete	42	33	35
Studentenheim	9	14	7
eigene Wohnung	17	14	10
ohne Angabe	3	11	7

Bei den suizidalen Studenten zeigt sich ein anderes Bild (Tab. 27). Sie wohnten seltener bei ihren Eltern ($p < 2,9$ v.H.) und häufiger zur Untermiete oder in einer eigenen Wohnung. Eine Differenzierung nach der Diagnosegruppe ergibt folgendes Bild:

Deutlicher sind diese Unterschiede bei den 85 neurotischen Suizidanten. Sie hatten doppelt so häufig als die übrigen Studenten eine eigene Wohnung und wohnten nur zu einem Viertel noch bei den Eltern.

Dagegen glichen die Wohnverhältnisse der psychotischen Studenten denen der Gesamtstudentenschaft weitgehend. Die geringen zahlenmäßigen Unterschiede mögen darauf zurückzuführen sein, daß bei 10 v.H. dieser Gruppe die Angaben unvollständig waren.

Die neurotischen Studenten der Kontrollgruppe wohnten ähnlich selten wie die suizidalen Neurotiker noch bei ihren Eltern, doch nicht so häufig in einer eigenen Wohnung als Hauptmieter. Auch hier sind die Angaben mit Vorsicht zu verwerten, da bei 12 v.H. der Studenten die Angaben fehlten.

Auch abgesehen davon wird man die vorhandenen Zahlendifferenzen kaum schlüssig interpretieren können, hängt doch die Art der Wohnung von einer Vielzahl von Faktoren ab:

Da wäre zunächst das höhere Durchschnittsalter und der hohe Anteil von Verheirateten an unserer Probandengruppe zu nennen. Beides vermindert den Anteil der bei den Eltern lebenden und erhöht den Prozentsatz der selbständig wohnenden Studenten. Auch der hohe Anteil von Flüchtlingen zeigt hier seine Auswirkungen. Schließlich sei auch die finanzielle Situation der einzelnen Studenten genannt, die es ihnen ermöglicht oder verbietet, eine eigene Wohnung zu mieten.

13. Die sozialen Beziehungen im Studium.

Wertet man die Krankengeschichten der suizidalen Studenten unter dem Gesichtspunkt ihrer sozialen Aktivitäten aus, so ergibt sich ein von zahlreichen soziologischen und psychologischen Untersuchungen der Studentenschaft her bekanntes Bild (vgl. GOLD-SCHMIDT (26) und PREUSS-LAUSITZ (51)).

Darin wird betont, daß viele Studenten an der "Massenuniversität" nur über geringe fachliche und über den fachlichen Bereich hinausgehende soziale Kontakte zu Kommilitonen verfügen und so vor allem während der Anfangssemester isoliert sind.

Ob Kontaktstörungen bis hin zur völligen Isoliertheit bei suizidalen Studenten häufiger anzutreffen sind als in der übrigen Studentenschaft, läßt sich nach den vorhandenen Unterlagen nicht entscheiden. Immerhin verdient die Tatsache Beachtung, daß nach Tabelle 27 Bewohner von Studentenheimen, die von ihrer Konzeption her soziale Kontakte fördern und der Vereinzelung vorbeugen sollten, keineswegs selten in unserem Patientengut vertreten sind. Daraus könnte man schließen, daß entweder Studentenheime diesen Zweck nur mangelhaft erfüllen oder aber der Zusammenhang zwischen Isolation und suizidalem Verhalten komplexer ist.

Auch ist es unmöglich, nach dem vorhandenen Material zu entscheiden, inwieweit die objektive Studiensituation die jeweiligen Kontaktstörungen bedingt oder nur begünstigt. Untersucher und Proband konzentrieren ihr Interesse auf den individuellen Aspekt dieser

Schwierigkeiten und können dabei darauf verweisen, daß derartige Störungen der Kommunikation mit anderen Menschen nicht erst mit dem Studienbeginn einsetzten, sondern sich oft bis weit in die Kindheit des Suizidanten zurückverfolgen ließen (siehe oben).

Um die Komplexität der hier aufgeworfenen Frage zu verdeutlichen, sei noch darauf hingewiesen, daß die äußeren Merkmale sozialer Aktivität keineswegs das Maß der Isoliertheit anzeigen müssen:

Bei einigen Patienten waren die vielen Aktivitäten (studentische Verbindung, großer Bekanntenkreis, Sportverein, Studentenparlament) als gescheiterte Versuche der Kontaktaufnahme anzusehen, eine echte Bindungsfähigkeit bestand nicht.

14. Die Studienleistungen.

Der von Fach zu Fach verschiedene Ablauf des Studiums und der jeweils unterschiedliche Stellenwert von Zwischen- und Abschlußprüfungen als äußeres Kriterium für Studienerfolg oder -mißerfolg machen einen vollständigen Vergleich zwischen unseren Patientengruppen und der Gesamtstudentenschaft unmöglich. Zudem sind detaillierte Prüfungsstatistiken nur für die Abschlußexamina vorhanden, können also bei unseren noch im Studium befindlichen Patienten nicht zum Vergleich herangezogen werden.

Aus diesen Gründen soll hier auf eine ausführliche Statistik verzichtet werden und nur die Daten der Suizidanten-Gruppe ausgewertet werden.

Dabei muß hervorgehoben werden, daß Angaben zu den Studienleistungen von den verschiedenen Ärzten keineswegs systematisch erfragt und vermerkt wurden. Genaues findet sich nur bei zwei Gruppen von Studenten - solchen, die in einer Prüfung versagt haben und solchen, denen eine objektiv erbrachte Leistung wie ein Versagen vorkam. Für wen das Abschneiden in Prüfungen unproblematisch war, berichtete von sich wenig darüber.

a) Dementsprechend erscheinen die Angaben über das Nichtbestehen einer Prüfung noch relativ am vollständigsten. (Unter Prüfungen werden in diesem Zusammenhang die im offiziellen Studiengang vorgesehenen Zwischenexamina und Abschlußexamina verstanden, nicht aber Prüfungen im Rahmen eines Seminars oder eines Praktikums.)

Von den 117 suizidalen Studenten hatten fünf ein Vorexamen nicht bestanden, weitere drei versagten in einer Teilprüfung des Staatsexamens, ohne daß der Ausgang des Exams davon schon bestimmt gewesen wäre.

Für die 85 neurotischen Suizidanten ergibt sich mit vier Studenten ein Anteil von 5 v.H. Prüfungsversagern. Dieser Prozentsatz erscheint eher niedrig. HITPASS (30) gibt zum Beispiel für die Vorexamina von Humanmediziner eine Versagerquote von 8 bis 16 v.H. an.

b) Im Zusammenhang mit den übrigen verfügbaren Daten wird man sagen können, daß von einer mangelnden intellektuellen Kapazität der untersuchten Gruppe nicht gesprochen werden kann: Immerhin drei der 117 Suizidanten erhielten ein sogenanntes Hochbegabtenstipendium (in zwei Fällen von der Studienstiftung des Deutschen Volkes, im dritten Fall vom Evangelischen Studienwerk Villigst), während weniger als ein Prozent der Gesamtstudentenschaft auf diese Weise gefördert werden (KATH (35)).

c) Bei sieben Studenten der neurotischen Suizidantengruppe wurde der Intelligenzquotient ermittelt, da der Eindruck einer intellektuellen Minderbegabung bestand bzw. weil diese Studenten die Befürchtung äußerten, den intellektuellen Anforderungen eines Studiums nicht gewachsen zu sein. Der niedrigste IQ lag bei 106, also im guten Durchschnitt. Der mittlere IQ der sieben Probanden betrug 113. Diese Befunde stimmen mit den Ergebnissen überein, die DAHL et al. (10) bei der Untersuchung von neurotischen Studenten erzielt haben.

Die Ansicht, viele der neurotischen Studenten seien intellektuell einem Studium nicht gewachsen und würden auf die daraus erwachsenden Schwierigkeiten mit psychischen Störungen und manchmal sogar mit Suizidversuchen reagieren, kann also mit Fug und Recht als ein Vorurteil zurückgewiesen werden.

15. Suizidversuche und Prüfungen.

Amgesichts der eben getroffenen Feststellungen mag es überraschen, daß bei einem beträchtlichen Teil der Suizidantengruppe der Selbstmordversuch im Zusammenhang mit einer Prüfung stand.

Bei immerhin 39 von 117 Patienten, also einem Drittel, ließ sich ein solcher Zusammenhang nachweisen.

In 25 Fällen (22 v.H.) bestand lediglich eine zeitliche und situative Verbindung zwischen Examen und Suizidversuch, was mit der Tatsache korrespondiert, daß sich ein erheblicher Teil der Suizidanten nach der Dauer ihres Studiums in den Examenssemestern befand: 27 v.H. der SV-Patienten studierten 12 Semester oder mehr.

Weitere 14 Patienten (12 v.H. der Gruppe) gaben als ein Motiv für ihren Suizidversuch die belastende Examenssituation an (siehe Anmerkung).

Jedoch in nur drei Fällen war eine nicht bestandene Teilprüfung der Anlaß für den Selbstmordversuch. Bei den elf anderen Studenten kam es im Laufe der Examensvorbereitungen, z. B. während der Ausarbeitung der schriftlichen Diplomarbeit oder nach bestandener Teilprüfung während der Vorbereitung für das nächste Prüfungsfach, zur suizidalen Handlung.

Wichtiger also als das Versagen selbst war die Angst vor dem Versagen und vor der Prüfung allgemein. Über die Ursprünge

Anmerkung: Nicht immer handelte es sich um das Hauptmotiv. Die Unterschiede zu den in der Motivstatistik angegebenen Zahlen erklären sich daraus.

dieser Angst berichtet MOELLER (45) und MOELLER und ZIOLKO (46).

Für diese Studenten ist charakteristisch, daß sie trotz objektiv zum Teil ausgezeichneter Leistungen an ihren Fähigkeiten zweifeln und verzweifeln. Das bisher Erreichte verblaßt angesichts des selbst auferlegten Leistungszwanges und der angstbesetzten Prüfungssituation.

In der Regel lassen sich noch weitere aufbrechende Konflikte, besonders auf sexuellem Gebiet, feststellen, etwa wenn nach bestandener Abschlußprüfung die Heirat geplant ist, so daß ein ganzes Motivbündel mit dem Suizidversuch verbunden ist (siehe oben).

16. Psychologische Gesichtspunkte: weibliche Studierende.

Oben wurde erörtert, daß die in dieser Untersuchung erfaßten Studentinnen eine positivere Einstellung zu einer psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung hatten und möglicherweise deshalb häufiger im Patientengut vertreten waren als nach den demographischen Daten aus der Gesamtstudentenschaft zu erwarten war.

Im folgenden soll der Frage nachgegangen werden, ob darüber hinaus noch für Studentinnen spezifische Faktoren oder Probleme existieren, die sie von ihren männlichen Kommilitonen unterscheiden und ebenfalls zur Überrepräsentation von Frauen beitragen könnten.

a) Zunächst springt ins Auge, daß von den insgesamt 34 neurotischen weiblichen Suizidanten acht verheiratet waren, das ist ein Viertel der Gruppe. Bei den männlichen Suizidanten waren es dementsprechend nur sieben, also 14 v.H. der Gruppe. Wegen der kleinen absoluten Zahlen ist dieser Geschlechtsunterschied aber statistisch nicht signifikant.

Noch auffälliger ist der Unterschied zur Kontrollgruppe: Von den 34 neurotischen nicht-suizidalen Frauen war nur eine (3 v.H.) verheiratet.

b) Beim Vergleich der SV-Motive ergeben sich keine Geschlechtsunterschiede: Partnerkonflikte kommen bei beiden Geschlechtern anteilmäßig gleich häufig vor, für Studienprobleme gilt das gleiche.

c) Auch eine vom Suizidversuch oft unabhängige Leistungsproblematik ist bei Männern und Frauen gleich häufig anzutreffen. Sie scheint allerdings bei den weiblichen Studierenden konflikthafter zu sein und deshalb eher aufzufallen, während zum Beispiel ein vermehrtes Leistungsstreben bei den Studenten meist in den Kontext universitärer Anforderungen integriert ist und nach außen hin nicht als neurotisch, vielmehr als normal imponiert.

So war bei neun Studentinnen, einem Viertel der Gruppe, eine starke Ehrgeizhaltung festzustellen, die entweder zu guten bis sehr guten Leistungen führte oder aber in starken Insuffizienzgefühlen angesichts nur durchschnittlicher oder gar schlechter Leistungen resultierte. Zwei Studentinnen, die aus Liebeskummer einen Selbstmordversuch verübten, beendeten vorher eigens noch die Examensarbeit bzw. unterzogen sich einer unangenehmen mündlichen Prüfung, damit die Umwelt nicht glauben sollte, es sei "wegen des Examens" geschehen, man sei "feige" gewesen.

d) Deutlicher auch als bei den männlichen Studierenden war hier die neurotische Verknüpfung der Leistungsproblematik mit konflikthafter Familienbeziehungen zu beobachten. Bei mindestens 13 Studentinnen war der Entschluß zum Studium neurotisch determiniert. In sieben Fällen wurde das Studium gegen den Willen der Eltern durchgesetzt und z. T. mit Hilfe der Gerichte finanziell gesichert. Die später erbrachten Leistungen wurden dann aber nicht etwa als Bestätigung der eigenen Leistungsfähigkeit erlebt - sie machten vielmehr Unbehagen und Angst.

Bei den anderen sechs Studentinnen war es umgekehrt: Sie sollten die unerfüllten Ambitionen der Eltern befriedigen und "etwas Besseres" werden, "mehr erreichen", ohne daß sie diesem Druck adäquat begegnen konnten.

Auch sie erlebten ihre Leistungen ambivalent, wenn sie nicht sogar scheiterten (siehe unten).

17. Psychologische Gesichtspunkte: Die verheirateten Studenten.

Aus den oben genannten Ziffern könnte man den Schluß ziehen, daß verheiratete Studenten öfter Suizidversuche begehen als ihre unverheirateten Kommilitonen. Die nähere Analyse bestätigt diesen Eindruck allerdings nicht: In der Gruppe der 15 verheirateten neurotischen Suizidanten kam es bei sieben Patienten schon vor der Ehe und unabhängig von der Beziehung zum späteren Ehepartner zu suizidalen Handlungen, die dann in drei Fällen in der Ehe wiederholt wurden.

Insgesamt gesehen wird man sicher nicht von einer suizidfördernden Wirkung der Studentenehe sprechen können. In den hier untersuchten Fällen stellt sich die Eheschließung vielmehr als ein - allerdings erfolgloser - Versuch dar, die schon vorhandenen Konflikte zu lösen. So heirateten vier Patienten nur, weil eine ungewollte Schwangerschaft vorlag. Andere heirateten, um der Isolation zu entgehen - sechs Patienten waren Flüchtlinge aus der DDR.

Sieben Patienten (fast die Hälfte der verheirateten neurotischen Suizidanten) stammten aus einer unvollständigen Familie und "begingen die Fehler der Eltern", wie sich eine Studentin ausdrückte, deren Eltern geschieden waren.

Die Ehen selbst waren durchweg stark konflikthaft, manchmal von Anfang an. Die vor der Eheschließung vorhandenen Schwierigkeiten, wie Ängste, Arbeitsstörungen, psychosomatische Beschwerden, sexuelle Schwierigkeiten bis hin zur Frigidität und Impotenz, setzten sich ohne wesentliche Änderungen fort. Die Heirat erscheint also als ein letztes Endes untauglicher Lösungsversuch für die vorhandenen Schwierigkeiten beider Partner. Wenn es dann auf Grund eines aktuellen Konfliktes zu einem Suizidversuch kam, war diese Reaktionsweise entweder durch einen früheren SV schon vorgeprägt oder es handelte sich um einen nicht sehr ernsthaften Selbstmordversuch.

Suizidversuche während der Ehe waren in der Regel partnerbezogen, die autoaggressiven Tendenzen traten hinter den aggressiven und selbsterhaltenden Tendenzen zurück. Insofern sind sie prognostisch günstiger zu beurteilen als viele SV von unverheirateten Studenten.

18. Psychologische Bedeutungen des Studierens.

Der Entschluß zum Studium allgemein und die Wahl des Studienfaches im besonderen kann ganz oder teilweise von unbewußten Motiven determiniert sein, deren Dynamik Erfolg und Mißerfolg im Studium bestimmt.

Da dieser Frage nach bewußten und unbewußten Motiven für die Studienwahl bei der Erstellung des hier ausgewerteten Materials nicht systematisch nachgegangen wurde, kann die nachträgliche Analyse nur fragmentarisch sein. So waren bei 17 Patienten der 85 neurotischen Suizidanten, das sind 20 v.H., die Unterlagen zu unvollständig, als daß man hätte Aussagen treffen können.

Für die übrigen Suizidanten ließ sich in der Hälfte der Fälle eine neurotische Determination des Entschlusses zum Studium bzw. der Studienfachwahl annehmen.

Die weitaus größte Bedeutung hat dabei das Verhältnis der Studenten zu ihren Eltern. Bei 13 Patienten determinierten die unerfüllten Ambitionen der Eltern den Studienweg. Ihre Kinder sollten erreichen, was ihnen zu erreichen versagt geblieben war. Das spiegelt sich in Äußerungen wider wie "Du mußt mir Freude machen, nachdem dein Bruder mich so enttäuscht hat" oder "Was ich nicht erreicht habe, sollst du schaffen."

Zweifellos sind derartige elterliche Einflüsse bei vielen Studenten gegeben, die man nicht als neurotisch bezeichnen kann. Entscheidend ist, wie der jeweilige Student sich diesen sachfremden Einflüssen gegenüber verhält.

Die hier gemeinten Studenten waren auf Grund noch bestehender neurotischer Abhängigkeiten und Fixierungen nicht in der Lage, neben dieser Fremdbestimmung ihres Studiums eigene, ihrem Ich gerechte Bestimmungen und Motivationen zu entwickeln.

Vielmehr kam es zu Verhaltensweisen, die als Ausdruck neurotischer Ambivalenz gedeutet werden können: Das Studium wird als uninteressant, langweilig, quälend, unterdrückend empfunden, ohne daß man imstande wäre, ein anderes, besseres Studium zu beginnen oder aber das Studium überhaupt abzubrechen.

Manche dieser Patienten dehnten ihr Studium über viele Jahre aus, ohne zu einer abschließenden Prüfung fähig zu sein. Der Unterwerfung unter den elterlichen Willen folgte die Rache, indem man erfolglos blieb, nichts zustande brachte.

Aus der Unfähigkeit, diese Situation konstruktiv zu ändern, können auch suizidale Tendenzen resultieren - besonders wenn sich der Konflikt in Prüfungssituationen verschärft. Der Suizidversuch erhält dann den Charakter des Ausweichens vor der Alternative völlige Unterwerfung oder Rebellion und enthält dabei Elemente von beiden. Gleichzeitig lassen sich aber auch Selbstbestrafungswünsche wegen der aggressiven Impulse gegen die Eltern erkennen.

Diese Zusammenhänge werden hier idealtypisch geschildert. Im individuellen Fall kamen meist noch andere Schwierigkeiten, vor allem Partnerkonflikte hinzu.

Man könnte also sagen, daß suizidale Neigungen auftraten, wenn die Versuche, Autonomie und Identität auf intellektuellem wie auf sexuellem Gebiet zu erreichen, scheiterten und die Erkenntnis über das Fehlen der Autonomie schmerzhaft zunahm.

Die inneren, nicht überwundenen Abhängigkeiten von den Wünschen der Eltern wirkten sich nicht nur in der geschilderten Weise aus. Fast ebenso häufig war eine Art negatives Gegenstück davon zu beobachten: Zehn Patienten studierten gegen den ausdrücklichen Willen der Eltern.

Auch diese Konstellation findet sich in der gesamten Studentenschaft sicher relativ häufig. Während dann aber der Schritt zum Studium ein Akt der Emanzipation, der Selbstverwirklichung ist, blieben die erwähnten zehn Patienten der Frontstellung gegen ihre Eltern verhaftet.

Denen muß ständig gezeigt werden, daß sie Unrecht haben mit ihrer Meinung, der Patient taue nicht zum Studium, er sei zu dumm oder ein anderes Studium sei angemessener. Indem sich der Stellenwert der Studienleistungen ständig auf den von Beweisen der behaupteten Unabhängigkeit reduziert, gewinnen sie den Charakter von neurotischen Symptomen. Die Leistungen schaffen weder Erleichterung noch Befreiung, da sie als aggressiv gegen die Eltern gerichtet erlebt werden und mit entsprechenden Schuldgefühlen verknüpft sind. Es resultieren Lern- und Arbeitsstörungen bzw. eine völlige Prüfungsunfähigkeit.

In diesem Zusammenhang ist festzustellen, daß sieben der zehn Studenten mit dieser Problematik Frauen waren. Darin wird eine soziale Determinante individueller neurotischer Konflikte deutlich, weisen doch sozial-wissenschaftliche Untersuchungen immer wieder darauf hin, daß für Frauen auf Grund der tradierten bürgerlichen Normen - über das was Männern und das was Frauen zukommt - ein Studium mit größeren persönlichen Schwierigkeiten verbunden ist. Diese Vorstellungen manifestieren sich im Rahmen der Familie und geben dem Identitätskonflikt und der Leistungsproblematik von weiblichen Jugendlichen eine sozialtypische Prägung.

In diesen Zusammenhang gehören auch die relativ häufig zu beobachtenden Rivalitätskonflikte, die weibliche Studierende mit ihren meist älteren Brüdern austrugen. Allerdings war in nur zwei Fällen die Geschwisterrivalität so stark ausgeprägt, daß sie den Entschluß zum Studium wie auch den Studienverlauf beherrschte.

Lassen sich für den Wunsch zu studieren unbewußte Determinanten namhaft machen, so gelingt das im Hinblick auf die Wahl des Studienfaches hier nicht. Nur in zwei Fällen wies das Fach auf die jeweilige neurotische Problematik hin:

Ein Student entwickelte auf Grund seiner anfangs noch latenten homoerotischen Tendenzen pädagogische Neigungen und wollte Lehrer werden.

Eine Psychologiestudentin versprach sich vom Studium eine Erhellung ihrer eigenen Probleme.

Abgesehen von diesen Einzelfällen bleiben etwaige neurotische Determinanten bei der Wahl des Studienfaches im Dunkeln. Entweder sind sie tatsächlich nur selten vorhanden, oder aber auf Grund ihrer Komplexität schwerer nachzuweisen.

Es liegt auf der Hand, daß die für das Studium manchmal bestimmenden Einflüsse unbewußter Natur bei suizidalen wie nicht-suizidalen Neurotikern gleichermaßen feststellbar sind. Faktoren, die auf dieser Ebene eine Differenzierung zwischen suizidalen und nicht-suizidalen Studenten ermöglichen würden, konnten nicht namhaft gemacht werden, weshalb hier auf eine ausführliche Darlegung der Bedingungen in der Kontrollgruppe verzichtet wurde.

19. Diskussion der Ergebnisse.

Weibliche Studierende.

In Statistiken aus der allgemeinen Bevölkerung ist nach LINDEN (39) der Anteil der Frauen an Suizidversuchen bis zu doppelt so groß wie der der Männer. Auch LUNGERSHAUSEN (40) findet diese Relation in seiner Untersuchung über suizidale Handlungen von Studenten in Nordrhein-Westfalen. Dabei muß allerdings berücksichtigt werden, daß er vermutlich nur einen sehr kleinen Teil der tatsächlich begangenen Suizidversuche erfaßt hat: Er wertete 107 Suizide und 89 Selbstmordversuche aus, während LINDEN schätzt, daß auf einen Selbstmord fünf Selbstmordversuche kommen.

Auch in unserer Untersuchung ergab sich ein signifikant erhöhter Anteil suizidaler neurotischer Studentinnen. Die kritische Würdigung der vorhandenen Unterlagen ließ es jedoch wahrscheinlich erscheinen, daß diese Häufung ein Artefakt ist und sich mit einer größeren Aufgeschlossenheit gegenüber einer psychiatrischen und psychotherapeutischen Hilfe erklären läßt. Diese stärkere Aufgeschlossenheit entspricht zugleich einer größeren subjektiven Hilfebedürftigkeit und weist damit auf eine geschlechtsspezifische Problematik weiblicher Studierender an der Universität hin.

Während sich nach den hier ausgewerteten Fällen kein Hinweis dafür ergibt, daß die Studiensituation einen suizidfördernden Einfluß auf Frauen hat, muß offen bleiben, inwieweit allgemein das Auftreten psychischer Störungen bei Studentinnen begünstigt wird. Dagegen spricht zum Beispiel, daß die von LUNGERSHAUSEN (40) vermutete stärkere Isolierung weiblicher Studierender, die er für deren stärkere Suizidexposition verantwortlich macht, sich gerade für die weiblichen Suizidanten nicht nachweisen läßt: Ein Viertel von ihnen war verheiratet gegenüber nur drei Prozent der nicht-suizidalen neurotischen Patientinnen.

Andererseits läßt sich auch nicht übersehen, daß bei den Studentinnen ein größerer elterlicher Einfluß auf das Studium vorhanden war, und daß sie - unabhängig von der Motivation suizidaler Handlungen - stärker unter einer Leistungsproblematik litten.

Die verheirateten Studenten.

Ähnlich schwierig gestaltet sich die Interpretation der Tatsache, daß verheiratete Studierende unter den neurotischen Suizidanten überrepräsentiert waren - weisen doch Verheiratete in den amtlichen Statistiken eine niedrigere Suizidrate auf als etwa Ledige oder gar Geschiedene der gleichen Altersstufen.

Von dieser Regel gibt es nach DUBLIN (14) allerdings eine in diesem Zusammenhang interessante Ausnahme: Verheiratete unter 24 Jahren haben nach einer amerikanischen Statistik eine höhere Selbstmordrate als Ledige der gleichen Altersgruppe.

Nun lassen sich studentische Ehen nicht mit den sogenannten Früh-ehen gleichsetzen, sie ähneln ihnen aber in zweierlei Hinsicht: Beide werden oftmals in einer Zeit noch starker ökonomischer Abhängigkeit beider Partner von ihren Familien geschlossen, woraus die unmittelbare Umgebung deren Unmündigkeit ableitet (SCHUMM et al. (61)). Beide stellen oft den Versuch einer Identitätsfindung bei bestehenden starken Konflikten mit den Eltern dar. Die Ehe soll dann Unabhängigkeit und Schutz zugleich gewährleisten und auch bestehende psychische Spannungen lösen. Für das Scheitern dieser Erwartungen wurden oben Beispiele gegeben.

Es wäre abwegig, aus dem eben Gesagten eine Warnung vor der Eheschließung während des Studiums ableiten zu wollen. Sie ist sicher nicht Ursache, sondern kann weitere Folge schon bestehender unbewusster Konflikte sein. Man wird sagen können, daß Studenten, die auf schwerwiegende Probleme mit Suizidversuchen reagierten, auch mit dem Lösungsversuch einer Heirat unter schwierigen äußeren Bedingungen ihre Konflikte nicht aus der Welt schaffen konnten.

Das Studienfach.

In der noch jungen deutschen "Hochschulpsychiatrie" nahm die Erörterung der Frage, ob Studenten bestimmter Fachrichtungen besonders anfällig für psychische Störungen seien, einen verhältnismäßig breiten Raum ein. LUNGERSHAUSEN (40) vermutet eine größere Störanfälligkeit von Studenten geisteswissenschaftlicher und naturwissenschaftlicher Fächer und zitiert FRANKE (19) und REICHENBESCHER (53), die eine höhere Erkrankungsrate bzw. Konfliktbelastung dieser Studenten fanden. Eine Erklärung dafür sehen die genannten Autoren darin, daß sich labilere Studenten, die "ihrer Lebensziele noch unsicher" sind, vorwiegend Studienfächer wählen, deren Verlauf wenig strukturiert, "diffus" ist.

Aber schon für die von LUNGERSHAUSEN mitgeteilten Ergebnisse vermag die Übertragung dieser Hypothese auf suizidale Studenten nicht zu überzeugen - die Studiengänge naturwissenschaftlicher Fächer lassen sicher weniger Raum für verschwommene Vorstellungen als das als Beispiel für ein "festgelegtes Programm" genannte Jurastudium. Schließlich weisen gerade die ähnlich klassi-

fizierten Medizinstudenten eine über dem Durchschnitt aller Studenten liegende Suizidziffer und die höchste SV-Rate überhaupt auf.

Die Aufgabe der vorliegenden Arbeit konnte nicht darin bestehen, vage Hypothesen der zitierten Art zu verifizieren bzw. zu widerlegen oder gar eine neue Hypothese über den Zusammenhang zwischen psychischen Störungen und Studienbedingungen aufzustellen - dafür sind die zu würdigenden Wechselbeziehungen zwischen "Ich, Trieben und sozialkulturellem Milieu" (FÜRSTENAU (23)) zu komplex (siehe Einleitung).

Stattdessen sollte die Aufmerksamkeit auf mögliche Selektionsfaktoren gelenkt werden, deren Nichtbeachtung auch einleuchtende Hypothesen ad absurdum führen kann.

Die hier beschriebene unterschiedliche Häufigkeit suizidaler Handlungen in den einzelnen Studienfächern - Studenten der Medizin und Geistes- und Sprachwissenschaften waren überdurchschnittlich häufig vertreten, Studenten technischer Fächer dagegen unterrepräsentiert - ähnelt der von LUNGERSHAUSEN (40) gefundenen Verteilung.

Aus den zusätzlich untersuchten Daten wie der unterschiedlichen Frequenz von wiederholten Suizidversuchen, amtsärztlichen Einweisungen und Bemühungen um eine Psychotherapie sowie der unterschiedlichen Dauer der stationären Behandlung läßt sich schließen, daß Studenten der Humanmedizin tatsächlich häufiger Suizidversuche begehen als andere.

Damit ist nicht gesagt, daß Medizinstudenten auch häufiger psychisch gestört sind, dann müßten sie auch in der Kontrollgruppe entsprechend vertreten sein. Ihre psychischen Störungen scheinen aber auf Grund nicht näher bezeichnbarer Bedingungen häufiger in Selbstmordversuchen zu gipfeln.

Näheren Aufschluß über diese Bedingungen könnte am ehesten eine Studie über die Psychodynamik der Studien- und Berufswahl erbringen, die auch im Hinblick auf die hohen Raten suizidaler Handlungen von Ärzten und Arztkindern von großem Interesse wäre.

Die für diese Untersuchung verfügbaren Unterlagen brachten auf Grund der in der Einleitung genannten Bedingungen hierüber keinen näheren Aufschluß.

Studenten geistes- und sprachwissenschaftlicher Fächer sind in unserem Patientengut signifikant häufiger vertreten als nach den allgemeinen Statistiken zu erwarten war. Ob es sich dabei um eine echte Häufung handelt, muß allerdings bezweifelt werden, da diese Studenten offensichtlich ein größeres Bedürfnis nach fachkundiger Hilfe in Form von psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung hatten. Sie haben damit eine günstigere Prognose, zumal sie oftmals gleichsam früher, schon nach einem ersten Suizidversuch in Behandlung kamen.

Auf die weiteren Sozialfaktoren soll im folgenden nur summarisch eingegangen werden. Die Interpretation der beschriebenen Unterschiede muß dabei folgende Aspekte berücksichtigen:

- Es besteht eine relativ große Interdependenz der Sozialfaktoren untereinander;
- sie können auch als Ausfluß der individuellen Problematik verstanden werden;
- schließlich können sie "wunde Punkte" in der Organisation des Studiums wie in der Struktur der Hochschule bezeichnen.

Zum Beispiel drückt der signifikant häufigere Wechsel des Studienfaches, der auch von LUNGERSHAUSEN berichtet wird, im Einzelfall die Bedeutung unbewußter, nicht realitätsbezogener Motivationen der Studienwahl aus und weist zugleich auf den Mangel an der in Deutschland erst in Ansätzen vorhandenen Studienberatung hin.

Das zum Fachwechsel führende Fehlverhalten ist also Resultat des Zusammenwirkens persönlichkeitsgebundener unbewußter Faktoren und institutionsgebundener unzureichender Beratung.

Der erhöhte Anteil von Studenten, die erst nach längerer beruflicher Tätigkeit mit dem Studium begannen, läßt sich als zum Teil durch die hohe Zahl der Flüchtlinge bedingt erklären. Das ist auch ein Grund für die unterschiedliche Finanzierung des Studiums (Flüchtlinge bekamen in der Regel ein Stipendium) und für die differenten Wohnverhältnisse (Flüchtlinge wohnen häufiger allein).

Studienleistungen und Prüfungen.

Soweit die Leistungen der einzelnen Studenten in ihrem Fach bekannt sind, heben sie sich weniger von dem für die allgemeine Studentenschaft gültigen Bild ab als man vermuten konnte. Der Leistungsbereich zeigt sich also nach außen hin ungestört.

Trotzdem spielt das subjektive Erleben besonders der Prüfungen eine nicht zu unterschätzende Rolle für die Konfliktodynamik und die Suizidalität der Studenten. Die Prüfung wurde als Aktualisierung und traumatische Zuspitzung der verdrängten infantilen Konflikte und Ängste durchlebt (vgl. MOELLER (45), MOELLER und ZIOLKO (46)).

Als ein Bindeglied zwischen nicht bewältigten frühkindlichen Abhängigkeiten und der aktuellen bis hin zu Selbstmordversuchen führenden Problematik ließen sich in einem erheblichen Prozentsatz der Fälle neurotische, von den Eltern ausgehende oder auf sie bezogene Determinationen des Studiums aufzeigen.

V. Zusammenfassung.

Die Krankengeschichten von 117 Studenten, die einen oder mehrere Suizidversuche unternommen hatten und in der Neurologischen und Psychiatrischen Klinik der Freien Universität Berlin in den Jahren 1958 bis 1969 stationär oder ambulant behandelt worden waren, wurden nach drei Themenkreisen möglichst vollständig ausgewertet:

- a) suizidale Handlungen,
- b) Kindheit und Familie der Suizidanten,
- c) Studium der Suizidanten.

Zum Vergleich wurden die allgemeinen Sozialstatistiken aus der Studentenschaft sowie eine geschichtete repräsentative Stichprobe der nicht-suizidalen ambulant und stationär in der gleichen Klinik behandelten Studenten herangezogen.

Dabei ergaben sich folgende Ergebnisse:

1) Ausgehend vom eigenen Untersuchungsgut, ergibt sich als Maßstab der Häufigkeit eine Ziffer von 56 Suizidversuchen auf 100.000 Studenten und Jahr. Unter Berücksichtigung anderer Untersuchungen gelangt man für Berlin zu einer geschätzten SV-Rate von 117-162 auf 100.000 Studenten und Jahr. Damit begehen Studenten nicht häufiger als ihre nicht-studentischen Altersgenossen einen Suizidversuch.

Ein Anstieg der Häufigkeit von Suizidversuchen im Laufe des untersuchten Zeitraums ist nicht zu verzeichnen.

2) Die Häufigkeit der Suizidversuche hängt vor allem vom Lebensalter ab: Unter 20jährige Suizidanten waren signifikant unterrepräsentiert, über 25jährige Studenten dagegen signifikant überrepräsentiert. Dementsprechend begingen Studenten, die 16 Semester und mehr studierten, signifikant häufiger einen Suizidversuch.

3) Als psychiatrische Diagnose wurde in 73 v.H. eine Neurose und in 27 v.H. eine Psychose festgestellt. 40 v.H. der Probanden litten an einer depressiven Neurose, 14 v.H. an einer paranoid-halluzinatorischen Schizophrenie. Bei 12 v.H. der männlichen Suizidanten lag eine Perversion vor (Homosexualität bzw. Pädophilie).

4) Unter Berücksichtigung des Wechselspiels lebenserhaltender und lebenszerstörender (aggressiver und autoaggressiver) Tendenzen wurde versucht, den einzelnen Suizidversuch nach seiner jeweiligen Bedeutung im Konfliktgeschehen zu klassifizieren als: Rache, Druckmittel, Appell um Hilfe, Selbstbestrafung, Flucht oder Mittel der Identifikation mit einem Verstorbenen.

5) In der Motivation suizidaler Handlungen standen Schwierigkeiten in den sexuellen Beziehungen an erster Stelle. Schlechte Studienleistungen und speziell Versagen in Prüfungen spielten als Motiv keine Rolle. Wichtig war dagegen die Angst vor dem Versagen.

6) Weder in Bezug auf das Alter ihrer Eltern noch auf die Größe der Familie, aus der sie stammten, noch auf die Häufigkeit einer unvollständigen Familie unterschieden sich die suizidalen Studenten von der normalen Studentenschaft.

Dagegen traten in den Familien der Suizidanten signifikant gehäuft chronische Leiden auf wie Schizophrenie, Alkoholismus, Tuberkulose, multiple Sklerose, Blindheit, Taubheit und Schwachsinn. Die psychologische Bedeutung dieser Zustände wurde darin gesehen, daß sie mit feindseligen Gefühlen, Ängsten und Schuldgefühlen bei den späteren Suizidanten einhergingen.

7) Es ließ sich mit einer Ausnahme keine Korrelation zwischen sozialer Herkunft und Häufigkeit suizidaler Handlungen feststellen. Diese Ausnahme betrifft Arztkinder, die gehäuft Suizidversuche begingen und sich in verschiedenen Merkmalen deutlich von den übrigen Suizidanten unterschieden.

8) Unter den Suizidanten fanden sich signifikant mehr Studenten, die in ihrer Jugend geflüchtet waren, während die Zahl derer, die ein Fluchterlebnis in ihrer Kindheit hatten, den Verhältnissen in der Gesamtstudentenschaft entsprach. Die Häufung von Flüchtlingen stand außerdem in Abhängigkeit von der Diagnose "Psychose".

9) Hinsichtlich der Geschlechtsverteilung zeigte sich, daß weibliche Suizidanten, bei denen eine Neurose diagnostiziert wurde, signifikant überrepräsentiert waren. Das bedeutet jedoch nicht, daß Studentinnen häufiger einen Suizidversuch begehen als ihre männlichen Kommilitonen. Sie begeben sich nur früher und bereitwilliger in Behandlung und sind deshalb im Patientengut überrepräsentiert.

10) Beim Studienfach zeigte sich folgende Verteilung: Studierende der Medizin sowie geisteswissenschaftlicher Fächer begingen signifikant häufiger, Studenten technischer Fächer dagegen signifikant seltener einen Suizidversuch. Ein Wechsel des Studienfaches trat bei Suizidanten und Kontrollpatienten signifikant häufiger als in der Gesamtstudentenschaft auf.

Die Ergebnisse der Arbeit wurden unter Berücksichtigung psychologischer Gesichtspunkte diskutiert. Außerdem erfolgte eine ausführliche Darstellung von Selektionsfaktoren, die Bedeutung für die Zusammensetzung des Untersuchungsgutes gehabt haben könnten. Ihr Einfluß auf die Untersuchungsergebnisse wird erörtert.

VI. Literaturverzeichnis.

- (1) ALBRECHT, E., Endogen-psychotische Erkrankungen bei Studierenden, Med. Dissertation, Berlin, 1969.
- (2) ATKINSON, J.M., Suicide and the student, Univers. quart. 23, 213-224, 1968/69.
- (3) Statistisches Bundesamt Wiesbaden (Hrsg.), Beruf und Todesursache, Stuttgart und Mainz, 1963.
- (4) BLACHLY, P.H., DISHER, W. und RODUNER, G., Suicide by physicians, Bulletin of suicidology, 1-18, Dezember 1968.
- (5) BOCHNIK, H.J., Verzweiflung. Eine multifaktorielle Studie ihrer Abwege in Suizidversuchen, Alkoholismus und Versagenszuständen. Aus: Randzonen menschlichen Verhaltens, Stuttgart, 1962. Zitiert nach LINDEN, K.J. (39).
- (6) BRAATEN, L.J. und DARLING, D.C., Suicidal tendencies among college students, Psychiat. quart. 36, 665-692, 1962.
- (7) BRATFOS, O., Parental deprivation in childhood and type of future mental disease, Acta psychiat. scand. 43, 453-461, 1967.
- (8) BROCKHAUS, A., Mschr. Kriminalpsychologie 13, 1922. Zitiert nach LINDEN, K.J. (39).
- (9) CARPENTER, R.G., Statistical analysis of suicide and other mortality rates of students, Brit. J. Prev. soc. Med. 13, 163-174, 1959.
- (10) DAHL, G., PERLWITZ, E. und ZIOLKO, H.U., Zur Psychodiagnostik neurotischer Studenten, in: ZIOLKO, H.U. (Hrsg.) (68), 196-206.
- (11) DENNEHY, C.M., Childhood bereavement and psychiatric illness, Brit. J. Psychiat. 112, 1049-1069, 1966.
- (12) DÖRNER, K., Hochschulpsychiatrie, ein Problembereich der Sozialpsychiatrie, Nervenarzt 40, 1-7, 1969.
- (13) DOUGLAS, J.D., The social meaning of suicide, Princeton, 1967.
- (14) DUBLIN, L.I., Suicide, a sociological and statistical study, New York, 1963.
- (15) DÜHRSEN, A., Psychoanalytische Erfahrungen mit Studenten, in: ZIOLKO, H.U. (Hrsg.) (68), 223-234.
- (16) DURKHEIM, E., Le Suicide, Paris, 1897. Deutsche Ausgabe: Der Selbstmord, Neuwied, 1969.
- (17) FEUDELL, P., Epikrise zu 700 Selbstmordversuchen. in: ZWINGMANN, C. (Hrsg.) (71).

- (18) FLEGEL, H. und SCHÜTT, U., Psychiatrische Hospitalisierungsfrequenz und soziale Schichtung in Düsseldorf, Soc. Psychiat. 2, 39-42, 1967.
- (19) FRANKE, M., Sozialhygienische Anmerkungen zur Gesundheit der Studenten, Psyche 19, 386-397, 1965.
- (20) FREUD A. und BURLINGHAM, D., Kriegskinder. Deutsche Ausgabe London, 1949.
- (21) FRIED, M.L., Soziale Schichtung und psychische Erkrankung, in: KÖNIG, R. und TÖNNESMANN, M. (Hrsg.) (37).
- (22) FRIEDRICH, V., Persönliche Mitteilung.
- (23) FÜRSTENAU, P., Über Beratung, Therapie und Erforschung sozial definierter Neurotikergruppen, in: ZIOLKO, H.U. (Hrsg.) (68), 80-87.
- (24) GEBAUER, M., Erfahrungen mit klinisch untersuchten neurotischen Studenten, in: ZIOLKO, H.U. (Hrsg.) (68), 235-243.
- (25) GERSTEIN, H., Studierende Mädchen. Zum Problem des vorzeitigen Abgangs von der Universität, München, 1965.
- (26) GOLDSCHMIDT, D., Die objektive Studiensituation der Studierenden in der Bundesrepublik Deutschland als eine Stress-Situation, in: ZIOLKO, H.U. (Hrsg.) (68), 51-66.
- (27) GREGORY, I., Retrospective data concerning childhood loss of a parent, Arch. gen. psychiat. 15, 354-367, 1966.
- (28) HÄFNER, H., REIMANN, H., IMMICH, H. und MARTINI, H., Inzidenz seelischer Erkrankungen in Mannheim 1965, Soc. Psychiat. 4, 126-135, 1969.
- (29) HARMSSEN, H. (Hrsg.), Sozialhygienische Analyse der unterschiedlichen Selbstmordverhältnisse unter besonderer Berücksichtigung der Bundesrepublik Deutschland, der DDR und West-Berlin. Zur Entwicklung und Organisation des Gesundheitswesens in Sowjetrußland, in osteuropäischen Volksdemokratien und in Mitteleuropa, Band 29, Hamburg, 1966.
- (30) HITPASS, J., Das Studienschicksal des Immatrikulationsjahrgangs 1958. Wissenschaftstheorie, Wissenschaftspolitik, Wissenschaftsgeschichte, Band 8, Gütersloh, 1967.
- (31) HOLLINGSHEAD, A. und REDLICH, F.C., Social class and mental illness. A community study, New York, 1958. Zitiert nach FRIED, M.L. (21).
- (32) KATH, G., Das soziale Bild der Studentenschaft in Westdeutschland und Berlin im Sommersemester 1956, Berlin, 1957.

- (33) KATH, G., Das soziale Bild der Studentenschaft in Westdeutschland und Berlin im Sommersemester 1959, Berlin, 1960.
- (34) KATH, G., Das soziale Bild der Studentenschaft in Westdeutschland und Berlin im Sommersemester 1963, Berlin, 1964.
- (35) KATH, G., Das soziale Bild der Studentenschaft in der Bundesrepublik Deutschland im Wintersemester 1967/68, Berlin, 1969.
- (36) KATH, G., OEHLER, C. und REICHWEIN, R., Studienweg und Studienerfolg, Studien und Berichte 6, Berlin, 1966.
- (37) KÖNIG, R. und TÖNNESMANN, M. (Hrsg.), Probleme der Medizinsoziologie. Kölner Zschr. für Soziol. und Sozialpsychol., Sonderheft 3, Köln, 1958.
- (38) LEVI, D.L., FALES, C.H., STEIN, M. und SHARP, V.H., Separation and attempted suicide, Arch. gen. psychiat. 15, 158-164, 1966.
- (39) LINDEN, K.J., Der Suizidversuch, Versuch einer Situationsanalyse, Stuttgart, 1969.
- (40) LUNGERSHAUSEN, E., Selbstmorde und Selbstmordversuche bei Studenten, Heidelberg, 1968.
- (41) MAYNTZ, R., HOLM, K. und HÜBNER, P., Einführung in die Methode der empirischen Soziologie, Köln und Opladen, 1969.
- (42) MENNINGER-LERCHENTHAL, E., Das europäische Selbstmordproblem, Wien, 1967. Zitiert nach LINDEN, K.J. (39).
- (43) MITSCHERLICH, A., BROCHER, T. und MEHRING, O. (Hrsg.), Der Kranke in der modernen Gesellschaft, Köln, 1967.
- (44) MOELLER, M.L., Psychotherapeutische Beratung für Studierende an der Universität Gießen, Nervenarzt 40, 155-163, 1969.
- (45) MOELLER, M.L., Zur Psychodynamik der neurotischen Prüfungsangst, in: ZIOLKO, H.U. (Hrsg.) (68), 214-222.
- (46) MOELLER, M.L. und ZIOLKO, H.U., Neurotische Examensangst, Münch. med. Wschr. 111, 429, 1969.
- (47) MORAN, P.A.P., Maternal age and parental loss, Brit. J. Psychiat. 114, 207-214, 1968.
- (48) PARRISH, H.M., Epidemiology of suicide among college students, Yale J. Biol. Med. 29, 585-595, 1957.
- (49) PECK, M.L. und SCHRUT, A., Suicide among college students-Vervielfältigtes Manuskript eines Vortrags auf der 4. Internationalen Konferenz für Selbstmordverhütung, Los Angeles, 1967.
- (50) PFLANZ, M., Soziokulturelle, epidemiologische und ökologische Aspekte der Krankheit. in: MITSCHERLICH, A. et al. (Hrsg.) (43).

- (51) PREUSS-LAUSITZ, U., Soziologische Aspekte psychischer Belastungen bei Studienanfängern und Folgerungen für eine psychoanalytisch orientierte Hochschul-Psychiatrie, in: ZIOLKO, H.U. (Hrsg.), (68), 67-74.
- (52) PUCHTA, H.G. und ZIOLKO, H.U., Klinische Erfahrungen mit Prüfungsversagern. in: ZIOLKO, H.U. (Hrsg.) (68), 312-318.
- (53) REICHENBECHER, H., Konflikte der Studienzeit. Dissertation Heidelberg, 1962. Zitiert nach LUNGERSHAUSEN, E. (40).
- (54) REID, D.D., Epidemiologische Methoden in der psychiatrischen Forschung, Stuttgart, 1966.
- (55) RENNIE, T., SROLE, L., OPLER, M.S. und LANGNER, T.S., Urban life and mental health: socioeconomic status and mental disorder in the metropolis, Amer. J. Psychiat. 113, 1957. Zitiert nach FRIED, M.L. (21).
- (56) ROOK, A., Student suicides, Brit. J. Med. 1, 599-603, 1959.
- (57) RUEGSEGGER, P., Selbstmordversuche, Psychiat. Neurol. (Basel) 146, 81-104, 1963.
- (58) SACHS, L., Statistische Auswertungsmethoden, Berlin, Heidelberg, New York, 1968.
- (59) SEIDEN, R.H., Campus tragedy: a study of student suicide, J. abnorm. psychol. 71, 389-399, 1966.
- (60) SCHNEIDER, K., Selbstmordversuche, Dtsch. Med. Wschr. 1933 II. Zitiert nach LINDEN, K.J. (39).
- (61) SCHUMM, W., KNESEBECK, J. und WELLER, E., Studentenehepaare an der Freien Universität Berlin, Bonn, 1967.
- (62) STENGEL, E., Selbstmord und Selbstmordversuch, in: GRUHLE, H.W., JUNG, R., MAYER-GROSS, W. und MÜLLER, M. (Hrsg.), Psychiatrie der Gegenwart, Band III, Berlin, Göttingen, Heidelberg, 1961.
- (63) STENGEL, E., Suicide and attempted suicide, Harmondsworth, 1964. Deutsche Ausgabe Frankfurt 1969.
- (64) STROTZKA, H., LEITNER, J., CZERWENKA-WENKSTETTEN, G. und GRAUPE, S.R., Sozialpsychiatrische Feldstudie über eine ländliche Allgemeinpraxis, Soc. Psychiat. 1, 83-87, 1966.
- (65) THOMAS, K., Handbuch der Selbstmordverhütung, Stuttgart, 1964.
- (66) THOMAS, K., Suicidgefährdung und Suicidprophylaxe bei Studenten, in: ZIOLKO, H.U. (Hrsg.) (68), 112-126.
- (67) WASMUND, D., Suizide bei Studenten, Medizin. Dissertation, Berlin, in Vorbereitung.

- (68) ZIOLKO, H.U. (Hrsg.), Psychische Störungen bei Studenten, Stuttgart, 1969.
- (69) ZIOLKO, H.U., Untersuchungen an Hochschülern mit verlängertem Studium, Münch. med. Wschr. 108, 1785-1789, 1966.
- (70) ZIOLKO, H.U., Zur Problematik der Studenten mit verlängertem Studium, Psyche 23, 748-755, 1969.
- (71) ZWINGMANN, C., (Hrsg.), Selbstvernichtung, Frankfurt, 1965.

Es wurden folgende statistische Quellen benutzt:

Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland, 1958-1969.

Statistisches Jahrbuch Berlin, 1958-1969.

Berliner Statistik, Statistische Berichte:

Die Studierenden an den Hochschulen, 1959-1968;

Die Pädagogische Hochschule, 1959-1968.

(früher: Kleine und Große Hochschulstatistik.)

Berliner Statistik, Jahrgang 1968, Heft 6:

Selbsttötungen in Berlin (West) 1951-1966.

L e b e n s l a u f

Am 30.10.1943 wurde ich als Sohn des Hochschul-
lehrers Dr. med. Willy Schwarz und seiner Frau
Ruth, geborene Maecklenburg, in Königsberg/Pr.
geboren. 1945 flüchteten wir nach Göttingen.
1950 zogen wir nach Westberlin, wo ich die Grund-
schule und das Gymnasium besuchte.

Nachdem ich das Abitur 1963 bestanden hatte, be-
gann ich im Sommersemester 1963 an der Freien
Universität Berlin mit dem Studium der Human-
medizin. Im Frühjahr 1964 bestand ich die natur-
wissenschaftliche und im Herbst 1965 die ärztliche
Vorprüfung. Vom Sommersemester 1966 bis zum Winter-
semester 1966/67 studierte ich an der Universität
München. Mein Studium schloß ich am 7.8.1969 mit
der ärztlichen Prüfung ab.

Vom 1.11.1969 bis zum 31.10.1970 arbeitete ich im
Rahmen der Medizinalassistentenzeit für jeweils
vier Monate an der Psychiatrischen und Neurologischen
Klinik der Freien Universität Berlin, auf der Inneren
Abteilung des Städtischen Krankenhauses Moabit und
auf der Kinderchirurgischen Abteilung des Städtischen
Rudolf-Virchow-Krankenhauses.

Seit dem 1.1.1971 arbeite ich als approbierter Arzt
in der Landesnervenklinik Berlin und strebe dabei
eine Ausbildung zum Facharzt für Psychiatrie und
Neurologie an.

